M. Veerbeek, A. Knispel, J. Nuijen

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

GGZ in tabellen



2013-2014

M. Veerbeek, A. Knispel, J. Nuijen

GGZ in tabellen 2013 - 2014

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2015

Trimbos instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financiering
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectleiding
Dr. J. Nuijen

Projectuitvoering
Dr. M.Veerbeek
Drs. A. Knispel
Dr. J. Nuijen

Productiebegeleiding
Dhr. M. Fraterman

Met dank aan
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Drs. F. van Hoof; Trimbos-instituut

Opmaak en druk
Canon Nederland N.V.

Productie
Canon Nederland N.V.
ISBN 978-90-5253-759-7
Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1363**

Inhoudsopgave

Inleiding

Tussen 1980 en 1998 werd jaarlijks 'GGZ in Tabellen' uitgegeven; een verzameling tabellen met cijfers over verschillende aspecten van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Na een periode van zeven jaar kreeg de serie 'GGZ in Tabellen' in 2005 een vervolg. Sindsdien brengt het Trimbos-instituut, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, jaarlijks een geactualiseerde versie uit.

Voor u ligt de uitgave *GGZ in Tabellen 2013-2014.* In dit handzame en informatieve boekje zijn de belangrijkste en meest recente cijfers over de GGZ (inclusief verslavings-zorg en maatschappelijke opvang) gebundeld. De cijfers zijn verzameld in 2014. In tabellen en grafieken worden waar mogelijk geactualiseerde cijfers over de volgende aspecten van de GGZ gepresenteerd:

- Het vóórkomen van psychische stoornissen
- Toegang en zorggebruik
- Zorgaanbod (capaciteit en productie)
- Kosten en financiering
- Personeel

Voor de samenstelling van dit rapport hebben wij zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bronnen die voor iedereen toegankelijk zijn. De geraadpleegde bronnen staan achterin deze uitgave vermeld. Daarnaast hebben wij databanken van instellingen geraadpleegd en beheerders van registratiesystemen gevraagd cijfers aan te leveren. Er is naar gestreefd zoveel mogelijk recente gegevens in dit naslagwerk op te nemen. Indien van een onderwerp geen recente cijfers beschikbaar waren, werd op basis van de uniekheid van de gegevens, de beleidsrelevantie en de kwaliteit van het onderzoek besloten of dit onderwerp toch opgenomen werd.

1 Het voorkomen en de ziektelast van psychische stoornissen

NEMESIS

In dit hoofdstuk worden onder andere cijfers gepresenteerd die ontleend zijn aan NEMESIS-2 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2), een omvangrijk onderzoek naar de geestelijke gezondheid van volwassen Nederlanders uit de algemene bevolking, dat in de jaren 2007-2009 door het Trimbos-instituut werd uitgevoerd (De Graaf e.a., 2010). NEMESIS-2 is het vervolg op NEMESIS-1. Dit eerste grootschalige onderzoek is uitgevoerd tussen 1996 en 1999 en heeft een grote hoeveelheid gegevens opgeleverd, die zijn gepubliceerd in talrijke artikelen (zie voor een overzicht Vollebergh e.a., 2003). Het doel van de nieuwe studie is de informatie van NEMESIS-1 te actualiseren en gegevens te verzamelen over niet eerder binnen NEMESIS onderzochte onderwerpen, zoals externaliserend probleemgedrag, in het bijzonder de gedragsstoornis, de antisociale persoonlijkheidsstoornis en de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) bij volwassenen.
In NEMESIS-2 is onder meer onderzocht hoe vaak psychische stoornissen in de algemene bevolking vóórkomen. Daarbij is gebruik gemaakt van het diagnostische classificatiesysteem DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV). Het gaat om de volgende psychische stoornissen:

Stemmingsstoornissen
- Depressieve stoornis
- Dysthymie
- Bipolaire stoornis

Angststoornissen
- Paniekstoornis
- Agorafobie zonder paniek
- Sociale fobie
- Specifieke fobie
- Gegeneraliseerde angststoornis

Middelenstoornissen
- Alcoholmisbruik
- Alcoholafhankelijkheid
- Drugsmisbruik
  Waaronder cannabismisbruik
- Drugsafhankelijkheid
  Waaronder cannabisafhankelijkheid

Aandachtstekort- of gedragsstoornissen
- ADHD
- Gedragsstoornis
- Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Tabel 1.1 Vóórkomen van psychische stoornissen in de Nederlandse bevolking van 18 - 64 jaar (ooit in het leven, op jaarbasis) (in procenten) (Bron: NEMESIS-2; meetperiode 2007-2009)

	Ooit in het leven			Op jaarbasis		
	Mannen	Vrouwen	**Totaal**	Mannen	Vrouwen	**Totaal**
Stemmingsstoornis[a]	14,4	25,9	20,1	4,8	7,4	6,1
Depressieve stoornis	13,1	24,3	18,7	4,1	6,3	5,2
Dysthymie	0,6	2,0	1,3	0,4	1,3	0,9
Bipolaire stoornis	1,2	1,4	1,3	0,7	1,0	0,8
Angststoornis[a]	15,9	23,4	19,6	7,7	12,5	10,1
Paniekstoornis	2,8	4,7	3,8	1,0	1,5	1,2
Agorafobie zonder paniekstoornis	0,4	1,4	0,9	0,2	0,6	0,4
Specifieke fobie	5,5	10,3	7,9	3,5	6,6	5,0
Sociale fobie	7,7	10,9	9,3	3,2	4,4	3,8
Gegeneraliseerde angststoornis	3,6	5,4	4,5	1,3	2,2	1,7
Middelenstoornis[a]	27,7	10,3	19,1	7,6	3,6	5,6
Alcoholmisbruik	21,9	6,6	14,3	5,6	1,8	3,7
Alcoholafhankelijkheid	3,1	0,9	2,0	1,0	0,5	0,7
Drugsmisbruik	4,8	2,7	3,8	0,9	0,8	0,9
Cannabismisbruik*	3,5	1,2	2,3	0,6	0,2	0,4
Drugsafhankelijkheid	3,0	1,5	2,2	0,8	0,7	0,7
Cannabisafhankelijkheid*	2,1	0,6	1,4	0,4	0,1	0,3
Enigerlei aandachtstekort- of gedragsstoornis**	11,8	6,5	9,2	2,9	1,2	2,1
ADHD**	4,4	1,5	2,9	2,9	1,2	2,1
Gedragsstoornis**	7,4	3,8	5,6	-	-	-
Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis**	3,2	2,0	2,6	-	-	-
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	4,3	1,7	3,0	-	-	-
Alle onderzochte psychische stoornissen tezamen[a]	**44,7**	**42,3**	**43,5**	**17,7**	**18,4**	**18,0**

[a] *Het voorkomen van de hoofdgroepen van aandoeningen is niet gelijk aan de optelsom van de afzonderlijke aandoeningen, omdat bij een persoon meerdere van de afzonderlijke aandoeningen binnen een hoofdgroep kunnen voorkomen.*

* *Cannabismisbruik en cannabisafhankelijkheid zijn onderdeel van de aandoeningen drugsmisbruik en drugsafhankelijkheid.*

** *Aandachtstekort- en gedragsstoornissen zijn alleen gemeten bij respondenten van 18 tot 44 jaar. Lifetime aandachtstekort- en gedragsstoornissen betekent: in de kindertijd of vroege adolescentie. Bron: De Graaf e.a., 2010.*

Tabel 1.1 presenteert het percentage volwassen mannen en vrouwen in Nederland dat ooit in het leven, respectievelijk op jaarbasis, een psychische stoornis heeft gehad. In tabel 1.2 staan de absolute aantallen volwassenen met een psychische stoornis op jaarbasis weergegeven.

De belangrijkste bevindingen:

- Psychische stoornissen komen frequent voor; in totaal heeft 43,5 procent van de volwassen Nederlandse bevolking ooit in het leven een psychische stoornis gehad. Op jaarbasis heeft bijna een vijfde van de volwassenen (ongeveer 1.896.700 personen) een psychische stoornis.

Tabel 1.2 Aantallen Nederlanders in de leeftijd van 18-64 jaar met psychische aandoeningen in de afgelopen 12 maanden in 2009[a]

	Aantal inwoners van 18-64 jaar per 1-1-2009: 10.486.000
Stemmingsstoornis[b]	**643.800**
Depressieve stoornis	546.500
Dysthymie	90.400
Bipolaire stoornis	88.400
Angststoornis[b]	**1.057.800**
Paniekstoornis	127.900
Agorafobie zonder paniekstoornis	41.500
Specifieke fobie	527.300
Sociale fobie	395.500
Gegeneraliseerde angststoornis	183.800
Middelenstoornis[b]	**597.700**
Alcoholmisbruik	395.600
Alcoholafhankelijkheid	82.400
Drugsmisbruik	92.900
Cannabismisbruik[c]	40.200
Drugsafhankelijkheid	77.000
Cannabisafhankelijkheid[c]	29.300
ADHD[d]	**124.000**
Enigerlei As-I stoornis[b,e]	**1.896.700**

[a] *Deze aantallen zijn berekend door de sekse- en leeftijdsspecifieke prevalenties te vermenigvuldigen met de corresponderende aantallen in de bevolking.*

[b] *Het voorkomen van de hoofdgroepen van aandoeningen is niet gelijk aan de optelsom van de afzonderlijke aandoeningen, omdat bij een persoon meerdere van de afzonderlijke aandoeningen binnen een hoofdgroep kunnen voorkomen.*

[c] *Cannabismisbruik en cannabisafhankelijkheid zijn onderdeel van de aandoeningen drugsmisbruik respectievelijk drugsafhankelijkheid.*

[d] *Hier hebben de aantallen alleen betrekking op respondenten van 18-44 jaar omdat ADHD alleen gemeten is bij deze leeftijdscategorie (Aantal in de bevolking van deze leeftijdscategorie per 1-1-2009: 5.934.800).*

[e] *Bij 'Enigerlei As-I stoornis' is ADHD gecodeerd als afwezig bij de respondenten van 45-64 jaar bij wie deze aandoening niet is bepaald. Bron: De Graaf e.a., 2010.*

- Stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen komen op lifetime basis ongeveer even vaak voor: één op de vijf volwassenen heeft ooit in het leven zo'n stoornis gehad. Op jaarbasis is er sprake van een meer wisselend beeld: zes tot tien procent van de volwassenen heeft jaarlijks een stoornis uit één van deze drie hoofdcategorieën. In absolute aantallen zijn dit respectievelijk 643.800, 1.057.800 en 597.700 volwassenen (zie tabel 1.2).
- Binnen de groep stemmingsstoornissen komt een depressieve stoornis relatief veel voor. Dysthymie en de bipolaire stoornis komen verhoudingsgewijs minder vaak voor. Binnen de groep angststoornissen komen de specifieke fobie en de sociale fobie relatief veel, en de agorafobie zonder paniekstoornis relatief weinig voor. Binnen de groep middelenstoornissen gaat het in hoofdzaak om alcoholproblemen.
- Vrouwen hebben vaker dan mannen stemmings- en angststoornissen (zowel ooit in het leven als op jaarbasis). Mannen hebben daarentegen vaker een middelenstoornis (vooral alcohol-gerelateerd) of een aandachtstekort- of gedragsstoornis.

Demografische determinanten van 12-maands aandoeningen

Uit verdere analyse van NEMESIS-2 gegevens (De Graaf e.a., 2010) (niet opgenomen in tabel) blijkt dat, naast geslacht, ook andere demografische kenmerken samenhangen met het vóórkomen van psychische stoornissen in het afgelopen jaar.
Volwassenen hebben op jongere leeftijd een grotere kans op een stemmingsstoornis, ADHD in de volwassenheid en een middelenstoornis in de afgelopen 12 maanden. De jongste leeftijdsgroep (18-24) heeft vergeleken met de oudste leeftijdsgroep (55-64) zelfs 8 keer meer kans om een middelenstoornis te hebben. Een lager opleidingsniveau hangt samen met een grotere kans op een stoornis uit alle hoofdgroepen (stemmings-, angst- en middelenstoornissen) en ADHD in het afgelopen jaar. Dit geldt ook voor het arbeidsonge- schikt of werkloos zijn, het zonder partner wonen en het hebben van een lager inkomen. Een hogere urbanisatiegraad van de woonplaats verhoogt alleen de kans op een angst- stoornis in het afgelopen jaar. Hetzelfde geldt voor het hebben van een niet-westerse achtergrond. Religieus zijn lijkt bescherming te bieden tegen een stemmingsstoornis.

Opgemerkt moet worden dat op basis van deze cross-sectionele gegevens niet zonder meer kan worden aangenomen dat alle bovengenoemde demografische kenmerken daadwerkelijk een rol spelen in het veroorzaken (of voorkómen) van een psychische stoornis.
Het is evengoed mogelijk dat het hebben van een psychische aandoening invloed heeft op de manier van leven van patiënten. Om een voorbeeld te geven: het feit dat men zonder vaste partner woont kan de kans op een psychische aandoening vergroten, maar het is ook mogelijk dat het hebben van een psychische aandoening invloed heeft op de kans een vaste partner te vinden of te behouden.

Tabel 1.3 Aantallen Nederlanders in de leeftijd van 19-65 jaar met een nieuw ontstane psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden*

Enigerlei stemmingsstoornis	**139.300**
Depressieve stoornis	135.600
Dysthymie	20.800
Bipolaire stoornis	14.000
Enigerlei angststoornis	**143.800**
Paniekstoornis	53.500
Agorafobia zonder paniekstoornis	11.300
Sociale fobie	39.500
Specifieke fobie	75.700
Gegeneraliseerde angststoornis	64.400
Enigerlei middelenstoornis	**83.000**
Alcoholmisbruik	66.000
Alcoholafhankelijkheid	15.300
Drugsmisbruik	21.700
Cannabismisbruik	12.100
Drugsafhankelijkheid	9.300
Cannabisafhankelijkheid	9.300
Enigerlei As-I stoornis	**191.400**

* *Deze aantallen zijn berekend voor het totaal aantal inwoners van 19-65 jaar in Nederland per 1 januari 2012, te weten 10.557.188.*
Bron: De Graaf e.a., 2012.

Tabel 1.3 presenteert het absolute aantal volwassenen die in het afgelopen jaar een nieuwe psychische aandoening hebben gekregen.

De belangrijkste bevindingen:

- Circa 190.000 mensen in de algemene volwassen bevolking ontwikkelen jaarlijks een nieuwe psychische aandoening.
- Een nieuw ontstane depressieve stoornis kwam bij 135.600 volwassenen voor. Andere veel voorkomende nieuw ontstane psychische aandoeningen bij volwas- senen waren specifieke fobie (75.500), alcoholmisbruik (66.000) en gegeneraliseerde angststoornis (64.400).

Diagram 1.4 Comorbiditeit: het tegelijkertijd vóórkomen van twee of meer stoornissen (Bron: NEMESIS-2; meetperiode 2007-2009)

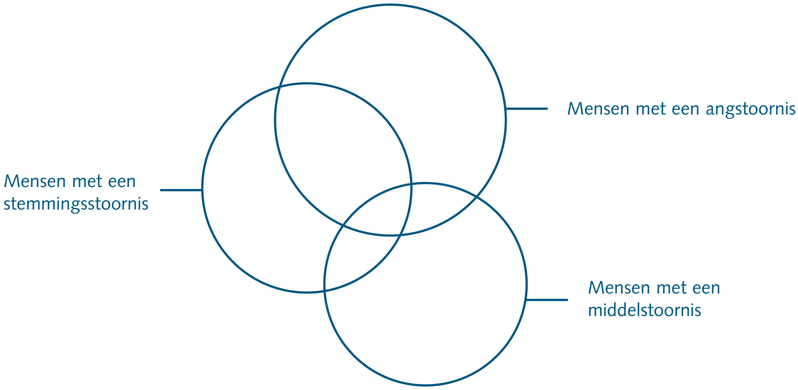


Diagram 1.4 toont welke combinaties van psychische stoornissen relatief vaak voorkomen.

Het komt vaak voor dat iemand met een psychische stoornis daarnaast nóg een psychische stoornis heeft. Van de volwassen Nederlanders heeft 18,0 procent op jaarbasis een psychische stoornis (tabel 1.1). Een derde (32,7 procent) van deze mensen heeft twee of meer psychische stoornissen (De Graaf e.a., 2010). Niet bij alle stoornissen is de kans op een combinatie met een andere stoornis even groot.

De belangrijkste bevindingen:

- De combinatie stemmings- en angststoornis komt relatief vaak voor. In totaal heeft ruim de helft (54 procent) van de volwassenen met een stemmingsstoornis daarnaast een andere psychische stoornis, meestal is dat een angststoornis (48 procent). Een relatief klein percentage van de volwassenen met een stemmingsstoornis heeft ook een middelenstoornis (15 procent).
- Van de volwassenen met een angststoornis heeft 37 procent daarnaast een andere psychische stoornis: 28 procent heeft een stemmingsstoornis en een relatief klein percentage (13 procent) heeft een middelenstoornis.
- Van de volwassenen met een middelenstoornis heeft 32 procent daarnaast een andere psychische stoornis: 16 procent heeft een stemmingsstoornis en een kwart (24 procent) heeft een angststoornis.
- Van de mensen met ADHD op volwassen leeftijd heeft ruim de helft (58 procent) een andere stoornis: 25 procent heeft een stemmingsstoornis, 32 procent een angststoornis en 28 procent een middelenstoornis.

Tabel 1.5 Veranderingen in 12-maands prevalentie van hoofdgroepen van DSM-IV psychische aandoeningen in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, gebaseerd op NEMESIS-1 en NEMESIS-2*

	1996	2007-2009	
	% **	%	
Stemmingsstoornis	7,4	6,1	n.s.***
Angststoornis	10,2	10,1	n.s.
Middelenstoornis	5,8	5,6	n.s.
Enigerlei stoornis	**17,1**	**17,5**	**n.s.**

* *De data zijn gewogen zodat deze representatief zijn voor de volwassen Nederlandse bevolking in de betreffende onderzoeksperiode.*

** *De DSM-IV prevalenties in NEMESIS-I zijn geschat door middel van 'imputatie'.*[1]

*** *n.s. = niet significant; waarbij gecorrigeerd is voor demografische verschillen tussen de studies.*

Bron: De Graaf e.a., 2010.

Tabel 1.5 laat een vergelijking zien tussen de 12-maands prevalentie van hoofdgroepen van psychische stoornissen zoals gevonden in NEMESIS-1 (meetperiode: 1996) en NEMESIS-2 (meetperiode: 2007-2009). Opgemerkt moet worden dat een directe vergelijking van 12-maands psychische aandoeningen in de bevolking tussen beide NEMESIS-studies niet mogelijk was, omdat NEMESIS-2 gebaseerd is op herziene diagnostische criteria van psychische aandoeningen (DSM-IV) en gebruik heeft gemaakt van een verbeterd en uitgebreider diagnostisch instrument (CIDI 3.0). Daarom werden met behulp van gegevens over belangrijke vragen die in beide studies werden gesteld de DSM-IV aandoeningen in NEMESIS-1 via 'imputatie'[1] geschat (zie De Graaf e.a., 2010).

De belangrijkste bevindingen:

- Tussen 1996 en de periode 2007-2009 verandert de 12-maands prevalentie van enigerlei stoornis, angststoornis en middelenstoornis niet significant.
- De 12-maands prevalentie van stemmingsstoornissen is iets afgenomen van 7,4% in 1996 naar 6,1% in 2007-2009, maar deze daling is niet significant als rekening gehouden wordt met verschillen in de demografische samenstelling van de bevolking ten tijde van beide NEMESIS-studies.

1 Een statistische methode om ontbrekende waarden in een dataset op te vullen met plausibele waarden.

Tabel 1.6 Vóórkomen van psychische stoornissen bij volwassenen van 18 jaar en ouder (op jaarbasis); een internationale vergelijking (in procenten) (ESEMeD; meetperiode 2001-2003)

	Nederland*	België	Duitsland	Italië	Spanje	Oekraïne	VS
Stemmingsstoornis	5,1	5,3	3,3	3,4	4,4	8,9	9,5
Angststoornis	8,6	7,6	8,1	6,0	6,2	6,8	18,1
Middelenstoornis	1,9**	1,8**	1,1**	0,2**	0,7**	6,4	3,8
Alle onderzochte psychische stoornissen tezamen	**13,4**	**12,7**	**10,9**	**8,4**	**9,3**	**20,9**	**26,2**

* *De Nederlandse ESEMeD cijfers vallen lager uit dan de percentages in NEMESIS-2 (zie tabel 1.1). Dit wordt o.a. veroorzaakt door de lagere respons in de Nederlandse ESEMeD studie, waardoor hier mogelijk sprake is van een onderschatting.*

** *Deze studies maken deel uit van ESEMeD, waarin de prevalentie alleen is gebaseerd op alcoholstoornissen.*

Bron: Kessler & Üstün, 2008.

In tabel 1.3 wordt een internationale vergelijking gemaakt van het aantal volwassenen dat op jaarbasis last heeft van een psychische stoornis. Dit is mogelijk doordat de WHO in verschillende landen dezelfde onderzoeksmethode heeft toegepast (Kessler & Üstün, 2008). Daardoor kan Nederland met andere landen vergeleken worden wat betreft het vóórkomen van psychische stoornissen. Het blijft echter lastig om op internationaal niveau cijfers te vergelijken. In de eerste plaats zijn er mogelijk culturele verschillen in de wijze waarop mensen psychische klachten duiden en hun bereidheid hierover openheid van zaken te geven. Daarnaast zijn er verschillen tussen de studies wat betreft de respons en de procedure die is gevolgd. Zo is de respons in de ESEMeD studies, die zijn uitgevoerd in Nederland, België, Duitsland, Italië en Spanje, lager dan die in de Amerikaanse en Oekraïense studies. Omdat eerder onderzoek heeft aangetoond dat mensen die niet aan een dergelijk onderzoek meewerken vaker een psychische aandoening hebben (De Graaf et al., 2010), is er in de studies met een lagere respons mogelijk sprake van een grotere onderschatting van de prevalenties.

De belangrijkste bevindingen:

- De Verenigde Staten worden gekenmerkt door het hoogste percentage volwassenen dat op jaarbasis een psychische stoornis heeft (26,2 procent). In Spanje en Italië is dit percentage aanzienlijk lager. Nederland neemt een tussenpositie in (13,4 procent).
- Angststoornissen komen overal het meest voor, met uitzondering van Oekraïne.
- Daar staan de stemmingsstoornissen bovenaan.

Tabel 1.7 Zelfdodingen in de periode 1987-2013

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Absoluut aantal zelfdodingen	1.616	1.523	1.520	1.450	1.611	1.587	1.555	1.584	1.511
Aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners	11	10,3	10,2	9,7	10,7	10,5	10,2	10,3	9,8
	1996	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
Absoluut aantal zelfdodingen	1.577	1.570	1.519	1.517	1.500	1.473	1.567	1.500	1.514
Aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners	10,2	10,1	9,7	9,6	9,4	9,2	9,7	9,2	9,3
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013***
Absoluut aantal zelfdodingen	1.572	1.524	1.353	1.435	1.525	1.600	1.647	1.753	1.854
Aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners	9,6	9,3	8,2	8,7	9,2	9,6	9,9	10,5	11

* *Voorlopig cijfer.*
Bron: CBS, 2014.

In tabel 1.7 zijn het absolute aantal zelfdodingen en het aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners in de periode 1987-2013 in Nederland weergegeven.
De cijfers zijn afkomstig van het CBS.

De belangrijkste bevindingen:
- Het aantal zelfdodingen is in de periode 1987-2013 met 15 procent toegenomen.
- In 2007 lag het aantal zelfdodingen het laagste met 1.353. Sindsdien is het aantal zelfdodingen jaarlijks toegenomen tot 1.854 (voorlopig cijfer), een stijging van 37 procent.
- Relatief gezien lag het aantal zelfdodingen in 2007 ook het laagst met ruim 8 zelfdodingen per 100.000 inwoners. Sindsdien is het relatieve aantal toegenomen, tot 11 zelfdodingen per 100.000 inwoners in 2013 (voorlopig cijfer).

Tabel 1.8 Toptien van ziekten met de grootste ziektelast in Nederland, 2011

	Verloren levensjaren	Ziektejaar -equivalenten	DALY's
Coronaire hartziekten	108.744	174.090	282.834
Diabetes mellitus	29.161	165.150	194.312
Beroerte	78.174	113.147	191.320
Angststoornissen	52	180.220	180.272
COPD	64.209	113.600	177.809
Longkanker	163.275	5.845	169.120
Stemmingsstoornissen	567	164.025	164.592
Nek- en rugklachten	569	153.930	154.499
Privéongevallen	32.787	102.595	135.382
Artrose	1.086	122.423	123.509

Bron: RIVM, 2014.

In tabel 1.8 wordt de toptien weergegeven van de ziekten met de grootste ziektelast, uitgedrukt in DALY's. De DALY's worden berekend door het RIVM. De last die een ziekte meebrengt, wordt uitgedrukt in Disability Adjusted Life Years (DALY's). Een DALY staat voor één levensjaar dat iemand als gevolg van een minder goede gezondheid verliest. Wanneer men lijdt aan een ziekte kan men één of meer levensjaren verliezen, ofwel omdat men overlijdt, ofwel omdat men niet optimaal functioneert. Het aantal verloren levensjaren als gevolg van eerder overlijden staat in de eerste kolom, het aantal verloren levensjaren als gevolg van minder goed functioneren in de tweede kolom. De som van beide staat in de derde kolom vermeld. De vermindering van de kwaliteit van leven die een ziekte veroorzaakt (kolom ziektejaar-equivalenten) is als volgt gekwantificeerd: voor elke ziekte wordt door een panel van deskundigen vastgesteld welke gevolgen de ziekte heeft voor het dagelijkse functioneren. Dit levert een wegingsfactor op: een cijfer tussen 0 (geen nadelige gevolgen) en 1 (overlijden). Door het aantal mensen met een bepaalde ziekte te vermenigvuldigen met de wegingsfactor voor deze ziekte, wordt het aantal ziektejaar-equivalenten verkregen.

De belangrijkste bevindingen:

- Longkanker is de belangrijkste veroorzaker van verloren levensjaren. Ook coronaire hartziekten en een beroerte zorgen vaak voor eerder overlijden.
- Psychische stoornissen - zoals angststoornissen en stemmingsstoornissen - behoren tot de ziekten met de grootste ziektelast en zijn qua aantal DALY's vergelijkbaar met ernstige lichamelijke ziekten, zoals COPD en longkanker.
- Ten opzichte van 2007 is diabetes mellitus van de vijfde naar de tweede plek gestegen qua ziektelast. Ook staan nek- en rugklachten nu in de toptien van ziekten met de grootste ziektelast. Dementie is hierdoor buiten de toptien terecht gekomen.

2 Toegang en zorggebruik

Tabel 2.1 Zorggebruik in de afgelopen 12 maanden van de volwassen Nederlandse bevolking van 18-64 jaar met een psychische stoornis (in procenten) (Bron: NEMESIS-2; meetperiode 2007-2009)

	Algemene gezondheidszorg	GGZ	Informele zorg	Enigerlei zorg	Medicatie*
Stemmingsstoornis	51,4	37,4	15,3	58,7	36,8
Angststoornis	29,3	22,2	10,0	34,8	20,5
Middelenstoornis	26,0	17,3	7,4	29,0	15,3
ADHD	25,9	22,2	5,0	35,2	24,9
Enigerlei stoornis	**28,5**	**20,5**	**8,5**	**33,8**	**19,6**

* *Medicatie is niet meegeteld in 'enigerlei zorg', omdat het ontvangen van enigerlei zorg een voorwaarde is voor het gebruik van medicatie.*

Tabel 2.1 presenteert het percentage van de volwassenen met een psychische stoornis die op jaarbasis hiervoor hulp krijgt. Bron is de NEMESIS-2 studie. Het begrip hulpverlener werd in de NEMESIS-studie ruim opgevat. Er werd niet alleen gevraagd naar hulpverleners binnen de GGZ (onder meer psychiater, psycholoog, psychotherapeut; behandeling in een instelling voor GGZ of verslavingszorg), maar ook naar hulpverleners binnen de algemene gezondheidszorg (onder meer huisarts, bedrijfsarts, maatschappelijk werker en medisch specialist) en binnen de informele zorg (onder meer alternatieve genezer, telefonische hulpdienst, zelfhulporganisatie, pastoor).

De belangrijkste bevindingen:

- Een derde van de volwassenen met een psychische stoornis krijgt op jaarbasis enigerlei vorm van hulp. Dit betekent dat twee derde van de volwassenen met een psychische stoornis hiervoor in de afgelopen 12 maanden geen enkele vorm van hulp heeft gekregen.

Tussen de diagnosegroepen bestaan grote verschillen:

- Volwassenen met een stemmingsstoornis komen relatief veel in contact met alle vormen van hulpverlening. Bijna drie op de vijf krijgt enigerlei vorm van hulp. In ongeveer de helft van de gevallen wordt hulp in de algemene gezondheidszorg gezocht. Ruim een derde van alle mensen met een stemmingsstoornis doet een beroep op de GGZ. Daarnaast krijgt ruim een derde medicatie voorgeschreven.
- Bijna twee derde van de volwassenen met een angststoornis krijgt hiervoor geen hulp. Hoewel dit niet opgenomen is in de tabel, bestaan er grote verschillen tussen de diverse angststoornissen. Mensen met een specifieke fobie maken weinig gebruik van zorg. Mensen met een paniekstoornis, een gegeneraliseerde angststoornis of een sociale fobie komen daarentegen vaker in contact met de hulpverlening.

- Volwassenen met middelenmisbruik of –afhankelijkheid komen relatief weinig in zorg (29 procent op jaarbasis). Dit komt vooral doordat mensen die alcohol misbruiken weinig gebruik maken van de verschillende zorgvoorzieningen. Van deze groep ontvangt maar 14 procent enigerlei vorm van hulp. Alcoholafhankelijkheid en drugs- misbruik en -afhankelijkheid leiden tot aanzienlijk hogere percentages zorggebruik; respectievelijk 48, 56 en 74 procent. Meestal wordt een beroep op de algemene gezondheidszorg of de GGZ gedaan.
- Ongeveer een op de drie volwassenen met ADHD krijgt enigerlei vorm van hulp. Ook hier gaat het vooral om de algemene gezondheidszorg en de GGZ.

Demografische determinanten van zorggebruik vanwege een psychische stoornis.
Uit verdere analyse van NEMESIS-2 gegevens blijkt dat naast het hebben van een psychische stoornis ook demografische factoren een rol spelen in het al dan niet ontvangen van hulp (De Graaf e.a., 2010). Alle vormen van zorg worden vaker gebruikt door vrouwen, mensen zonder partner, mensen zonder betaald werk en mensen met een laag inkomen. Verder doen volwassenen die in een grotere stad wonen vaker een beroep op enigerlei vorm van zorg als ze last hebben van psychische problemen. Daarnaast blijkt leeftijd een rol te spelen: hoe ouder iemand is, hoe groter de kans om gebruik te maken van enigerlei zorgvoorziening.

Tabel 2.2 Internationaal: zorggebruik (formeel en informeel[2]) in internationaal perspectief, uitgesplitst naar type stoornis (ooit in het leven) (in percentages) (ESEMeD; meetperiode 2001-2003)

	België	Frankrijk	Duitsland	Italië	Nederland	Spanje
Geen stoornis	13,5	16,8	14,4	4,8	17,2	8,2
Enigerlei stoornis	47,8	45,5	46,3	31,4	57,9	44,1
Enigerlei stemmingsstoornis	62,4	58,3	62,3	37,0	71,0	60,4
Enigerlei angststoornis	50,3	46,8	48,3	33,1	63,6	44,3
Enigerlei stemmings- én angststoornis	68,3	67,5	70,8	45,0	78,9	67,5
Alcoholgerelateerde stoornis	35,1	30,8	40,3	16,5	45,9	16,1

Bron: Kovess-Masfety e.a., 2007.

Tabel 2.2 presenteert internationale cijfers over het percentage mensen met een psychische stoornis dat ooit in het leven hiervoor enigerlei vorm van zorg ontving.

De belangrijkste bevinding:
- Hoewel een aanzienlijk percentage mensen met een psychische stoornis geen enkele vorm van hulp krijgt, is in Nederland het percentage mensen met een psychische stoornis dat hiervoor ooit in het leven formele of informele hulp krijgt relatief hoog in vergelijking met andere Europese landen. Dat geldt voor alle diagnosegroepen.

2 Formele zorg: zorg verleend door o.a. psychiaters, psychologen, gespecialiseerde verpleegkundigen of (huis)artsen. Informele zorg: zorg verleend door o.a. alternatieve genezers of een dominee, pastoor of imam.

Tabel 2.3 Samenhang tussen de ernst van de psychische stoornis en zorggebruik op jaarbasis I (12 maanden); een internationale vergelijking (in procenten; meetperiode 2001-2004)

	Ernstige stoornissen %	Matige stoornissen %	Lichte stoornissen %	Geen stoornis %
Laag inkomen				
Nigeria	21,3	13,8	10,0	1,0
Laag-midden inkomen				
China	11,0	23,5	1,7	2,9
Colombia	27,8	10,3	7,8	3,4
Zuid-Afrika	26,2	26,6	23,1	13,4
Oekraïne	25,7	21,2	7,6	4,4
Hoog-midden inkomen				
Libanon	20,1	11,6	4,0	3,0
Mexico	25,8	17,9	11,9	3,2
Hoog inkomen				
België	60,9	36,5	13,9	6,8
Frankrijk	48,0	29,4	21,1	7,0
Israël	53,1	32,3	14,4	6,0
Duitsland	40,0	23,9	20,3	5,9
Italië	51,0	25,9	17,3	2,2
Japan	24,2	24,2	12,8	4,5
Nederland	**50,4**	**31,3**	**16,1**	**7,7**
Nieuw Zeeland	56,6	39,8	22,2	7,3
Spanje	58,7	37,4	17,3	3,9
Verenigde Staten	59,7	39,9	26,2	9,7

* *De landen werden op basis van de criteria van de Wereldbank ingedeeld in één van de volgende categorieën: 'laag-inkomen', laag-midden inkomen', 'hoog-midden inkomen', 'hoog inkomen'. Bron: Wang e.a. (WHO Mental Health Survey), 2007.*

In tabel 2.3 wordt op internationaal niveau een overzicht gegeven van de samenhang tussen de *ernst* van de psychische stoornis en het zorggebruik op jaarbasis. De onderzoeken zijn uitgevoerd in Afrika (Nigeria, Zuid-Afrika), Noord en Zuid-Amerika (Colombia, Mexico, de Verenigde Staten), Europa (België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland, Spanje, Oekraïne), Japan, Nieuw Zeeland, China en het Midden-Oosten (Israël en Libanon). De landen werden ingedeeld in één van de volgende vier inkomenscategorieën: laag inkomen, laag-midden, hoog-midden en hoog inkomen. De totale steekproef bestond uit 84.850 volwassenen van 18 jaar en ouder (variërend van 2.372 in Nederland tot 12.790 in Nieuw Zeeland). Veldwerk werd uitgevoerd in de periode 2001-2004.
Psychiatrische stoornissen werden gemeten met behulp van een gestandaardiseerd meetinstrument (WMH-CIDI). In het onderzoek werd de ernst van een psychiatrische stoornis ingedeeld in één van de volgende drie categorieën: ernstig, matig en lichte

stoornis. Als *ernstig* werden de volgende psychiatrische stoornissen beschouwd: bipolaire I stoornis of middelenafhankelijkheid met een lichamelijk afhankelijkheidssyndroom, een suïcide poging ondernemen in samenhang met een andere psychiatrische stoornis, het rapporteren van ernstige functionele beperkingen als gevolg van een psychiatrische stoornis.

Een psychiatrische stoornis werd als *matig ernstig* beschouwd als er sprake was van een middelenafhankelijkheid zonder lichamelijk afhankelijkheidssyndroom en als de functionele beperkingen die iemand ervoer gemiddeld ernstig waren. Alle overige psychiatrische stoornissen werden als *licht* beschouwd. Zorggebruik werd gemeten via de vraag of de respondent in de 12 maanden voor- afgaand aan het interview een professionele hulpverlener (psychiater, psycholoog, huisarts, maatschappelijk werker, vaktherapeut) of andersoortige hulpverlener (zoals bijvoorbeeld een dominee, alternatieve therapeut of traditioneel genezer) heeft geraadpleegd voor emotionele of psychische problemen, voor een gespannen gevoel of voor alcohol- of drugsgerelateerde problemen.

De belangrijkste bevindingen:

- Hoe ernstiger de psychiatrische stoornis, hoe meer volwassenen zorg ontvangen. Dit patroon doet zich globaal in alle landen voor.
- Een substantieel percentage volwassenen met ernstige psychische stoornissen blijkt geen zorg te ontvangen. Dit geldt voor landen waar de inwoners een hoog gemiddeld inkomen hebben, maar nog meer voor landen waar de inwoners minder verdienen (zoals Libanon, Mexico, Nigeria, Oekraïne en Zuid-Afrika). In de landen waar een laag gemiddeld inkomen verdiend wordt, krijgen relatief weinig mensen met een ernstige psychiatrische stoornis hulp.
- In Nederland lijkt de drempel om hulp te zoeken voor psychische of emotionele problemen relatief laag in vergelijking met andere landen: 7,7 procent van de volwassen Nederlanders zoekt op jaarbasis wel enige vorm van steun of hulp bij een traditionele genezer, alternatieve therapeut, dominee, pastoor of bij een psychiater, psycholoog of huisarts voor emotionele of psychische problemen, zonder dat er bij deze mensen een psychische stoornis is gemeten in onderzoek. Hiermee behoort Nederland tot de koplopers: alleen in Zuid-Afrika en de Verenigde Staten ligt dit percentage hoger (respectievelijk 13,4 en 9,7 procent).

Tabel 2.4 **Opvattingen van de volwassen bevolking ≥ 18 jaar ten aanzien van professionele hulp voor psychische problemen in zes Europese landen, in procenten (Bron: ESEMeD; Meetperiode: 2001-2003)**

	Nederland (n=1094) %	België (n=1043) %	Frankrijk (n=1436) %	Duitsland (n=1323) %	Italië (n=1779) %	Spanje (n=2121) %
Zou naar een professionele hulpverlener gaan bij ernstige psychische problemen						
Zeker niet gaan	13,8	23,9	22,8	10,2	10,0	6,1
Waarschijnlijk niet gaan	21,6	19,4	17,4	24,4	9,6	5,6
Waarschijnlijk gaan	37,9	28,4	28,5	41,3	37,7	24,2
Zeker gaan	26,8	28,4	31,3	24,1	42,8	64,0
Zou zich op gemak voelen om over persoonlijke problemen te praten						
Helemaal niet op gemak	8,0	15,9	15,9	16,0	15,5	7,4
Niet erg op gemak	24,5	19,1	22,5	40,6	17,7	19,6
Behoorlijk op gemak	53,5	37,8	37,4	33,2	41,9	37,2
Erg op gemak	14,0	27,3	24,2	10,2	24,9	35,8
Zou zich schamen als vrienden zouden weten over professionele hulp						
Zeer schamen	2,6	3,8	5,8	5,8	7,5	1,6
Enigszins schamen	17,4	14,8	14,7	13,3	19,4	8,1
Niet erg schamen	20,3	23,5	22,4	35,7	27,8	20,2
Helemaal niet schamen	59,7	58,0	57,1	45,3	45,3	70,1
Waargenomen effectiviteit van professionele hulp						
Slechter dan of gelijk aan geen hulp	45,6	34,3	38,9	36,5	23,6	19,1
Een beetje beter dan geen hulp	38,6	38,9	33,5	37,4	31,3	19,5
Aanzienlijk beter dan geen hulp	14,2	20,8	22,3	23,1	32,7	34,9
Veel beter dan geen hulp	1,6	6,0	5,4	3,0	12,5	26,5

Bron: Ten Have e.a., 2010.

Tabel 2.4 geeft een overzicht van de attituden van de bevolking in zes verschillende Europese landen ten aanzien van professionele hulp voor psychische problemen.
De belangrijkste bevindingen:

- Bijna twee derde van de Nederlanders geeft aan waarschijnlijk of zeker professionele hulp te zoeken wanneer zij last zouden hebben van ernstige psychische problemen. Ruim een derde zegt dit waarschijnlijk of zeker niet te doen. In België, Frankrijk en Duitsland zijn de meningen globaal op een vergelijkbare manier verdeeld. In Spanje (80%) en Italië (88%) zegt de volwassen bevolking vaker waarschijnlijk of zeker professionele hulp te gaan zoeken bij ernstige psychische problemen.

- Van de volwassen Nederlanders zegt ongeveer twee derde zich behoorlijk of erg op zijn of haar gemak te voelen bij het praten over persoonlijke problemen met een professioneel hulpverlener. Maar acht procent zou zich hierbij helemaal niet gemakkelijk voelen. Alleen in Spanje geeft men aan nog makkelijker over persoonlijke problemen te praten met een professioneel hulpverlener. Duitsers geven opvallend vaak aan zich waarschijnlijk of zeker niet gemakkelijk te voelen bij het praten over persoonlijke problemen.
- Tachtig procent van de volwassen Nederlanders geeft aan zich niet erg, of helemaal niet te schamen wanneer vrienden zouden weten dat hij of zij professionele hulp gezocht heeft voor psychische problemen. Twintig procent zou zich in een dergelijk geval enigszins of erg schamen. Dit beeld komt redelijk overeen met de meningen in België, Frankrijk en Duitsland. De Italianen geven aan zich wat vaker enigszins of erg te zullen schamen in een dergelijke situatie (27%). In Spanje zou men zich juist minder schamen. Hier geeft ongeveer 90 procent aan zich niet erg, of helemaal niet te zullen schamen in een dergelijke situatie.
- Vergeleken met de andere vijf Europese landen zijn de Nederlandse volwassenen opmerkelijk negatief over de effectiviteit van professionele hulp bij psychische problemen. Iets minder dan de helft van de Nederlandse volwassen bevolking is van mening dat professionele hulp bij psychische klachten waarschijnlijk even goed werkt, of zelfs slechter is dan geen hulp. Maar 16 procent van de Nederlanders denkt dat professionele hulp aanzienlijk of veel effectiever is dan geen hulp.

Tabel 2.5 Onvervulde zorgbehoefte op jaarbasis (in procenten van het aantal volwassen Nederlanders van 18 - 64 jaar met een psychische stoornis) (Bron: NEMESIS-2; meetperiode 2007-2009)

	% totaal
Stemmingsstoornis	8,7
Angststoornis	5,9
Middelenstoornis	5,3
ADHD	5,1
Enigerlei stoornis	5,6
Comorbiditeit:	
Een enkele stoornis	3,8
Twee of meer stoornissen	9,2

Bron: De Graaf e.a., 2010.

In tabel 2.5 staat vermeld hoeveel volwassenen met een psychische stoornis op jaarbasis behoefte aan professionele hulp hebben gehad, maar toch niet naar een hulpverlener zijn gegaan.

De belangrijkste bevindingen:

- Van de groep volwassenen met een psychische stoornis zegt gemiddeld 5,6 procent wel graag professionele hulp te willen ontvangen, terwijl geen enkele hulp is gezocht.
- De onvervulde behoefte aan hulp bij volwassen Nederlanders met twee of meer stoornissen is groter dan die van volwassenen met een enkelvoudige psychische aandoening. Ruim 9 procent van de volwassenen met comorbide psychische aandoeningen zegt behoefte aan hulp te hebben gehad, maar deze hulp niet te hebben gezocht. Dit tegenover 3,8 procent van de volwassenen met een enkelvoudige aandoening.
- Het percentage volwassenen met een onvervulde behoefte aan hulp is relatief hoog bij mensen met een stemmingsstoornis (8,7 procent).

Tabel 2.6 Percentage volwassenen waarbij ten minste één jaar zat tussen de aanvangsleeftijd van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact en de gemiddelde duur (in jaren) tussen beide (Bron: NEMESIS-2; meetperiode 2007-2009)

	Zorggebruik ten minste één jaar nadata de psychische aandoening begon	Tijd tussen begin van de psychische aandoening en het eerste zorcontact[1]
	%	Gemiddelde
Stemmingsstoornis	*31,9*	*2,8*
Depressieve stoornis	31,1	2,8
Dysthymie	54,1	6,2
Bipolaire stoornis	35,4	2,7
Angststoornis	*71,2*	*11,8*
Paniekstoornis	37,3	3.5
Agorafobie	56,2	6.2
Sociale fobie	84,2	13,5
Specifieke fobie	86,1	18,1
Gegeneraliseerde angststoornis	44,0	5,3
Middelenstoornis	*63,1*	*4,3*
Alcoholmisbruik	48,9	2,3
Alcoholafhankelijkheid	69,1	5,8
Drugsmisbruik	50,6	5,3
Drugsafhankelijkheid	68,5	2,4
ADHD of ODD[2]	83,5	7,5
ADHD	87,9	8,1
Oppositioneel opstandige gedragsstoornis	67,5	5,2
Enigerlei psychische stoornis	**63,7**	**9,3**

[1] *Bij de mensen die zorg hebben gebruikt voordat de psychische aandoening begon is de tijd tussen beide gebeurtenissen op 0 gezet. Bij de mensen waarin het zorggebruik in hetzelfde jaar plaatsvond als waarin de psychische aandoening begon is de tijd tussen beide gebeurtenissen 0 jaar. Bij de mensen die zorg hebben gebruikt nadat de psychische aandoening begon, is de tijd tussen beide gebeurtenissen als uitgangspunt genomen.*

[2] *ADHD en ODD zijn alleen gemeten bij respondenten van 18 t/m 44 jaar.*

Bron: Ten Have e.a., 2012.

Tabel 2.6 geeft een overzicht van het percentage volwassenen waarbij ten minste één jaar zat tussen het ontstaan van de psychische aandoening en het eerste zorgcontact. Daarnaast is weergegeven hoeveel jaar het gemiddeld heeft geduurd sinds het ontstaan van de psychische stoornis voordat mensen voor het eerst hulp zochten.

De belangrijkste bevindingen:

- Bijna twee derde van de mensen met enigerlei psychische stoornis (ongeacht welke) zoekt meer dan een jaar na het ontstaan van de stoornis voor het eerst hulp voor hun aandoening. Gemiddeld duurt het bij mensen met enigerlei psychische stoornis 9 jaar voordat zij hulp zoeken.
- Mensen met een stemmingsstoornis zoeken gemiddeld 3 tot 6 jaar na het ontstaan van hun aandoening enigerlei hulp voor hun problemen. Bij bijna een derde van deze mensen duurt het langer dan een jaar voordat hulp wordt gezocht.
- Bij ruim 70 procent van de mensen met een angststoornis duurt het langer dan een jaar voordat zij hulp zoeken. Dit hoge percentage komt vooral doordat mensen met een sociale of specifieke fobie lang wachten voordat zij hulp zoeken. Gemiddeld zoeken deze mensen gemiddeld pas na 13 tot 18 jaar na het ontstaan van de aandoening hulp.
- Mensen met een middelenstoornis zoeken gemiddeld 2 tot 6 jaar na het ontstaan van de middelenstoornis hulp hiervoor. Bij bijna twee derde van deze mensen duurt het langer dan een jaar voordat zij hulp zoeken.

Tabel 2.7a Veel gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2013

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Anxiolityca	1.349.700	1.305.400	1.337.000	1.315.700	1.344.000	1.319.900	1.308.000
Antidepressiva (totaal)	524.460	574.560	652.290	705.400	791.510	835.240	867.700
*TCA's***	*226.620*	*220.420*	*223.330*	*229.100*	*233.010*	*223.590*	*223.310*
*SSRI's***	*285.400*	*321.670*	*375.020*	*427.480*	*494.420*	*526.580*	*545.940*
Hypnotica en Sedativa	878.570	847.240	871.820	859.050	886.390	877.630	874.570
ATC groep	**2003**	**2004**	**2005**	**2006***	**2007**	**2008**	**2009**
Anxiolityca	1.297.700	1.313.000	1.251.000	1.206.000	1.201.000	1.183.000	272.930
Antidepressiva (totaal)	883.030	936.350	922.360	922.480	921.800	927.140	917.030
*TCA's***	*226.970*	*236.960*	*234.240*	*221.670*	*226.270*	*233.750*	*235.770*
*SSRI's***	*543.150*	*568.820*	*548.490*	*547.090*	*529.860*	*518.010*	*505.530*
Hypnotica en Sedativa	876.820	891.480	851.570	870.330	854.760	854.450	162.030
ATC groep	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**			
Anxiolityca	296.640	310.360	309.050	299.290			
Antidepressiva (totaal)	935.560	956.100	968.670	981.580			
*TCA's***	*245.240*	*253.490*	*256.150*	*257.270*			
*SSRI's***	*508.330*	*513.270*	*515.990*	*524.840*			
Hypnotica en Sedativa	173.220	184.570	187.570	183.140			

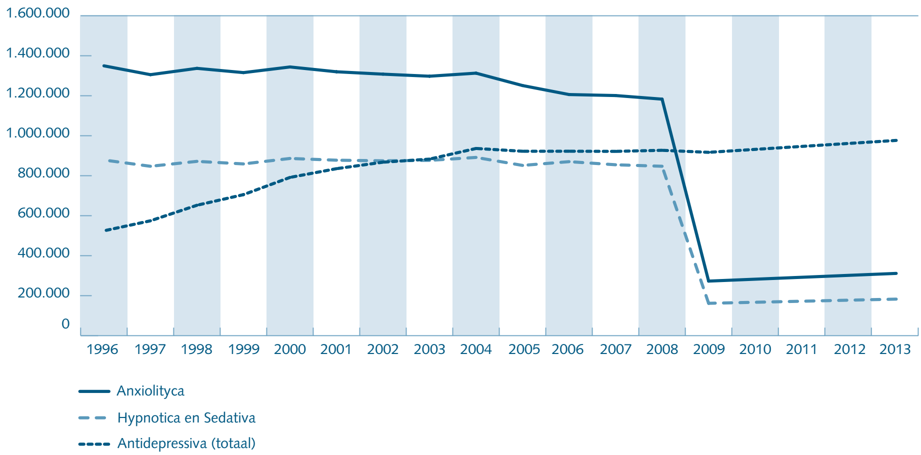
* *Door de inwerkingtreding van de nieuwe ziektekostenverzekeringswet in 2006 zijn veel mensen van zorgverzekeraar gewisseld. Daardoor werd in sommige gevallen het medicijngebruik in dit jaar zowel door de oude als door de nieuwe verzekeraar geregistreerd. Dit geeft mogelijk een overschatting van het aantal gebruikers.*

** *TCA's (Tricyclische Antidepressiva) en SSRI's (de Engelse afkorting voor Selectieve Serotonine Heropnameremmers) zijn veel gebruikte antidepressiva.*

Bron: GIPdatabank (CVZ), december 2014.

In tabel 2.7a wordt een overzicht gegeven van het aantal gebruikers van verschillende veel gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2013. In grafiek 2.7a wordt dit geïllustreerd.

Grafiek 2.7a Veel gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2013



Bron: GIPdatabank (CVZ)

De belangrijkste bevindingen:

- Anxiolytica (vaak voorgeschreven bij angststoornissen) worden in de periode 1996-2008 het meest gebruikt in Nederland, gevolgd door het aantal mensen dat antidepressiva krijgt voorgeschreven. Daarnaast worden hypnotica en sedativa (veel toegepast bij angst en slaapproblemen) tot en met 2008 door veel personen gebruikt.
- Tussen 2008 en 2009 is er een scherpe daling zichtbaar in het aantal gebruikers van anxiolytica (77 procent) en hypnotica en sedativa (81 procent). Deze dalingen blijven gehandhaafd tot 2013. Een verklaring hiervoor is dat per 1 januari 2009 de vergoeding van deze middelen vanuit de basisverzekering is beperkt.[3]
- Hierdoor schrijven artsen deze psychofarmaca aan minder patiënten voor. Daarnaast is een aantal gebruikers niet gestopt, maar heeft de niet vergoede kosten voor eigen rekening genomen (SFK, 2009). Deze gebruikers vallen vanaf 2009 buiten de registratie van CVZ. De gepresenteerde aantallen over 2009 tot en met 2013 zijn daarom een onderschatting van het werkelijke aantal gebruikers van anxiolytica en hypnotica/sedativa.
- Het aantal gebruikers van antidepressiva is tussen 1996 en 2013 met ruim 87 procent gestegen. Deze toename vond vooral plaats tussen 1996 en 2004. Hierdoor is in 2003 het aantal gebruikers van antidepressiva voor het eerst groter dan

3 Sinds 1 januari 2009 wordt het gebruik van benzodiazepinen, waaronder de meeste anxiolytica, hypnotica en sedativa vallen, alleen vergoed bij een beperkt aantal indicaties: als onderhoudsbehandeling bij epilepsie, als behandeling voor angststoornissen waarbij medicamenteuze therapie met antidepressiva niet effectief is gebleken, bij behandeling van patiënten met multipele psychiatrische problematiek voor wie behandeling met (hoge doses) benzodiazepinen noodzakelijk is en als palliatieve sedatie bij terminale zorg (Ministerie van VWS, 2009).

dat van hypnotica/sedativa. Sinds de scherpe afname van het aantal geregistreerde gebruikers van anxiolytica en hypnotica/sedativa in 2009, is het aantal mensen dat antidepressiva gebruikt verreweg het grootst. Dit is goed te zien in grafiek 2.7a.

- De stijgende trend in het aantal personen dat een antidepressivum ontvangt lijkt met name bepaald te worden door de toename van het aantal gebruikers van SSRI's. Dit type antidepressivum wordt het meest voorgeschreven. Het aantal gebruikers van deze middelen stijgt daarnaast tussen 1996 en 2013 met 84 procent. Deze toename heeft vooral plaatsgevonden tussen 1996 en 2004. Vanaf 2004 is een lichte daling zichtbaar in het aantal gebruikers van SSRI's, om vanaf 2010 weer toe te nemen.
- De stijging in het aantal gebruikers van TCA's is met ongeveer 13 procent over de gehele periode minder sterk dan de totale toename in het gebruik van SSRI's.

Tabel 2.7b Veel gebruikte psychofarmaca: aantal voorgeschreven DDD's, 1996-2013 (1= 1.000.000)

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Anxiolityca	115,6	112,0	114,9	112,9	115,1	113,1	112,3
Antidepressiva (totaal)	86,1	101,0	120,6	138,7	164,1	183,9	199,2
*TCA's***	*28,5*	*29,0*	*29,8*	*30,9*	*32,2*	*31,4*	*31,7*
*SSRI's***	*50,0*	*60,3*	*73,4*	*89,2*	*109,4*	*123,7*	*134,3*
Hypnotica en Sedativa	134,2	131,5	134,3	130,6	134,1	135,1	134,3
ATC groep	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
Anxiolityca	112,3	111,9	107,9	91,8	93,1	92,9	35,4
Antidepressiva (totaal)	210,4	229,4	232,5	221,5	238,5	244,2	239,8
*TCA's***	*32,5*	*33,4*	*33,2*	*29,8*	*31,2*	*31,6*	*30,5*
*SSRI's***	*140,2*	*151,9*	*151,8*	*144,9*	*154,0*	*155,7*	*152,2*
Hypnotica en Sedativa	135,7	136,2	131,7	123,9	126,7	122,4	25,9
ATC groep	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**			
Anxiolityca	38,6	39,7	40,9	41,9			
Antidepressiva (totaal)	245,0	253,7	260,3	265,6			
*TCA's***	*31,2*	*32,0*	*32,9*	*31,9*			
*SSRI's***	*154,6*	*159,8*	*162,8*	*167,7*			
Hypnotica en Sedativa	29,2	31,2	32,4	32,9			

Bron: GIPdatabank (CVZ), december 2014.

Tabel 2.7c Veel gebruikte psychofarmaca: gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker, 1996-2013

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Anxiolityca	86	86	86	86	86	86
Antidepressiva (totaal)	164	176	185	197	207	220
*TCA's***	*126*	*131*	*134*	*135*	*138*	*141*
*SSRI's***	*175*	*187*	*196*	*209*	*221*	*235*
Hypnotica en Sedativa	153	155	154	152	151	154
ATC groep	**2003**	**2004**	**2005**	**2006***	**2007**	**2008**
Anxiolityca	87	85	86	76	77	79
Antidepressiva (totaal)	238	245	252	240	259	263
*TCA's***	*143*	*141*	*142*	*134*	*138*	*135*
*SSRI's***	*258*	*267*	*277*	*265*	*291*	*301*
Hypnotica en Sedativa	155	153	155	142	148	143
ATC groep	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**		
Anxiolityca	130	128	132	140		
Antidepressiva (totaal)	262	265	269	271		
*TCA's***	*127*	*126*	*128*	*124*		
*SSRI's***	*304*	*311*	*315*	*319*		
Hypnotica en Sedativa	169	169	173	180		

* *In 2006 is er mogelijk sprake van een overschatting van het aantal gebruikers door dubbele registratie van een deel van de verzekerden. Hieruit volgt een mogelijke onderschatting van het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker.*

Bron: GIPdatabank (CVZ), december 2014.

Een DDD (Defined Daily Dose, of standaard dagdosering) is een eenheid die door de WHO is geïntroduceerd om het gebruik van verschillende geneesmiddelen beter met elkaar te kunnen vergelijken. In plaats van het absolute aantal voorschriften of het aantal voorgeschreven eenheden, wordt het aantal voorgeschreven DDD's geteld. Als uitgangspunt geldt dat een DDD overeenkomt met een gemiddelde onderhoudsdosering per dag voor een volwassen gebruiker, wanneer het middel wordt ingezet voor bestrijding van de hoofdindicatie.
In tabel 2.7b wordt een overzicht gegeven van het totaal aantal voorgeschreven DDD's van veel gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2013.
Tabel 2.7c geeft per psychofarmacon het gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker in dezelfde periode weer.

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal voorgeschreven DDD's van antidepressiva is tussen 1996 en 2013 verdriedubbeld (tabel 2.7b). Dit, terwijl het aantal voorgeschreven DDD's van anxiolytica en hypnotica/sedativa is gedaald met respectievelijk 64 procent en 75 procent. Deze dalingen zijn zichtbaar vanaf 2005, maar zijn vooral tussen 2008 en 2009 scherp. Deze sterke afname hangt samen met de beperking van de vergoeding van deze middelen vanuit de basisverzekering, zoals eerder op bladzijde 34 is besproken (SFK, 2009).
- Kijkend naar het gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker, is wat betreft antidepressiva eenzelfde beeld te zien (tabel 2.7c). Over de gehele periode 1996-2013 worden van antidepressiva de meeste DDD's per gebruiker voorgeschreven en er is sprake van een toename van 65%. Bij anxiolytica en hypnotica/sedativa is er een ander beeld te zien: tot 2009 is er sprake van een lichte daling, respectievelijk 8 procent en 2 procent. Vanaf 2009 stijgt het aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker bij deze middelen echter aanzienlijk, als gevolg van de wijziging in de vergoeding van anxiolytica en hypnotica/sedativa. Sinds 2009 is het aantal personen dat deze middelen gebruikt en vergoed krijgt uit de basisverzekering duidelijk gedaald; gebruikers die wel nog in aanmerking komen voor vergoeding krijgen de medicatie langdurig en/of in een hoge dosering voorgeschreven.
- De stijging bij antidepressiva wordt met name veroorzaakt door de stijging in het voorschrijven van SSRI's. Het totaal aantal standaard dagdoseringen is tussen 1996 en 2013 ruim verdrievoudigd, waarbij de sterkste toename plaatsvond tussen 1996 en 2004 (tabel 2.7b). Het totaal aantal voorgeschreven DDD's van TCA's is daarentegen in dezelfde periode redelijk stabiel. Wat betreft het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker is bij SSRI's eenzelfde soort trend te zien: het aantal DDD's per gebruiker is in het geval van de SSRI's in de gehele periode met 82 procent gestegen. Bij TCA's is tot 2003 sprake van een toename, waarna tot 2013 een daling is te zien (tabel 2.7c).

Tabel 2.8a Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2013

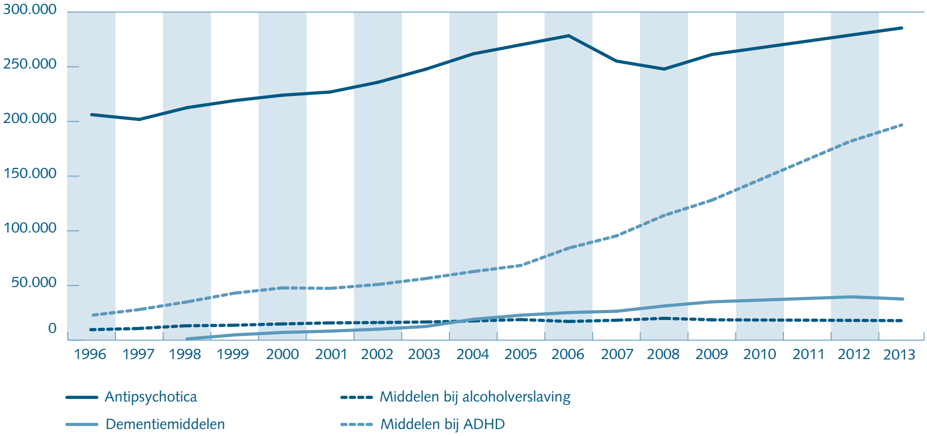
ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Antipsychotica	206.220	201.840	212.630	219.110	224.030	226.920	235.820
Middelen bij ADHD	22.750	28.040	35.020	43.080	47.820	47.400	50.940
Dementiemiddelen	-	-	1.160	4.850	7.060	8.300	10.050
Middelen bij alcoholverslaving	9.610	10.660	13.180	13.650	14.830	15.800	16.140
ATC groep	**2003**	**2004**	**2005**	**2006***	**2007**	**2008**	**2009**
Antipsychotica	247.720	261.850	270.140	247.870	258.140	263.440	261.230
Middelen bij ADHD	56.350	62.761	68.369	84.207	96.501	109.090	127.990
Dementiemiddelen	12.530	19.072	22.855	25.239	26.736	31.018	35.088
Middelen bij alcoholverslaving	16.620	17.611	18.838	17.130	18.472	18.831	18.646
ATC groep	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**			
Antipsychotica	273.130	277.830	286.160	292.940			
Middelen bij ADHD	151.700	169.070	182.520	194.080			
Dementiemiddelen	37.440	38.272	38.446	36.491			
Middelen bij alcoholverslaving	18.887	18.018	17.485	17.433			

* *Door de inwerkingtreding van de nieuwe ziektekostenverzekeringswet in 2006 zijn veel mensen van zorgverzekeraar gewisseld. Daardoor werd in sommige gevallen het medicijngebruik in dit jaar zowel door de oude als door de nieuwe verzekeraar geregistreerd. Dit geeft mogelijk een overschatting van het aantal gebruikers.*
Bron: GIPdatabank (CVZ), december 2014.

In tabel 2.8a wordt een overzicht gegeven van het aantal gebruikers van verschillende relatief minder vaak gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2013. In grafiek 2.8a wordt dit geïllustreerd.

De belangrijkste bevindingen:
- Sinds er in 1998 dementiemiddelen op de markt zijn gekomen, is het aantal gebruikers tot en met 2009 sterk gestegen, waarna de groei wat afvlakt. In 2013 is (ten opzichte van 2012) voor het eerst een daling waarneembaar in het aantal gebruikers van dementiemiddelen. Het aantal mensen dat middelen voor ADHD krijgt voorgeschreven is over de gehele periode meer dan verachtvoudigd.
- Ook het aantal gebruikers van antipsychotica (veel toegepast bij psychosen) is over de hele periode bezien gestegen. Tot 2012 neemt ook het aantal gebruikers van middelen bij alcoholverslaving toe.

Grafiek 2.8a Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal gebruikers, 1996-2013



Bron: GIPdatabank (CVZ).

Tabel 2.8b Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal voorgeschreven DDD's*, 1996-2013 (1= 1.000.000)

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Antipsychotica	27,6	29	31,4	32,9	34,8	35,6	37,4	40,3	43,6
Middelen bij ADHD	2,7	3,5	4,7	6,3	7,5	7,9	8,7	9,9	11,6
Dementiemiddelen	-	-	0,1	0,5	1	1,3	1,7	2,1	3
Middelen bij alcoholverslaving	1,1	1,2	1,5	1,6	1,7	1,9	2	2,1	2,2
ATC groep	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Antipsychotica	46,1	39,4	42	43,5	42,7	44,8	44,6	45,6	47,1
Middelen bij ADHD	13	16	21,2	24,9	29,8	35,3	39,9	44,1	47,0
Dementiemiddelen	3,9	4,9	5,7	6,9	8	8,8	9,4	9,7	9,3
Middelen bij alcoholverslaving	2,4	2,2	2,4	2,6	2,5	2,6	2,5	2,5	2,5

* *Voor de definitie van DDD, zie begeleidende tekst tabel 2.7b en 2.7c. Bron: GIPdatabank (CVZ), december 2014.*

Tabel 2.8c Minder vaak gebruikte psychofarmaca: aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker, 1996-2013

ATC groep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Antipsychotica	134	144	148	150	155	157	159	163	166
Middelen bij ADHD	117	125	134	147	158	167	171	176	185
Dementiemiddelen	-	-	60	110	137	152	166	165	156
Middelen bij alcoholverslaving	110	113	113	114	114	117	122	126	126
ATC groep	**2005**	**2006***	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Antipsychotica	171	159	163	165	164	164	161	159	161
Middelen bij ADHD	190	190	220	228	233	233	236	242	242
Dementiemiddelen	170	193	212	224	228	235	244	251	255
Middelen bij alcoholverslaving	129	129	132	136	136	136	137	142	142

* *In 2006 is er mogelijk sprake van een overschatting van het aantal gebruikers door dubbele registratie van een deel van de verzekerden. Hieruit volgt een mogelijke onderschatting van het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker.*
Bron: GIPdatabank (CVZ), december 2014.

In tabel 2.8b wordt een overzicht gegeven van het totaal aantal voorgeschreven DDD's van minder vaak gebruikte psychofarmaca in de periode 1996-2013.
Tabel 2.8c geeft per psychofarmacon het gemiddeld aantal voorgeschreven DDD's per gebruiker in dezelfde periode weer.

De belangrijkste bevindingen:

- Sinds er in 1998 dementiemiddelen op de markt zijn gekomen, is het totaal aantal voorgeschreven DDD's elk jaar sterk gestegen, al vlakt de groei sinds 2009 wat af, om in 2013 licht te dalen. Ook het gemiddeld aantal DDD's dat per persoon voorgeschreven wordt is sindsdien toegenomen, hoewel relatief gezien minder sterk.
- Het aantal voorgeschreven standaard dagdoseringen van middelen bij ADHD is tussen 1996 en 2013 ongeveer verzeventienvoudigd. Het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker is sinds 1996 verdubbeld.
- Bij middelen bij alcoholverslaving zijn over de gehele periode bezien stijgingen te zien in het totaal aantal voorgeschreven DDD's en het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker.
- Bij middelen bij ADHD neemt het totaal aantal voorgeschreven DDD's en het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker relatief sterk toe in de gehele periode 1996-2013.
- Ditzelfde geldt voor dementiemiddelen, die sinds 1998 voorgeschreven kunnen worden.
- Bij antipsychotica neemt het totaal aantal voorgeschreven DDD's toe tot 2005, om in 2006 te dalen. Daarna neemt het aantal weer toe om in 2013 iets boven het niveau van 2005 uit te komen. Wat betreft het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker is er in de periode 1996-2005 een stijging te zien. Na een daling in 2006 stabiliseren de aantallen enigszins.
- De bevindingen duiden erop dat in de periode 1996-2013 niet alleen steeds meer personen de bovengenoemde psychofarmaca zijn gaan gebruiken, maar ook dat artsen de middelen langduriger en/of in een hogere dosering zijn gaan voorschrijven.

Tabel 2.9 Psychische diagnosen bij volwassenen van 18-64 jaar in de huisartsenpraktijk, 2002-2010 (aantal diagnosen per 1000 volwassenen)

	2002	2004	2006	2008	2010	Toetsing[1]
	n=185.885*	n=110.324*	n=169.138*	n=194.453*	n=277.694*	
Enigerlei psychische diagnose**	**111,2**	**120,1**	**115,9**	**127,9**	**120,7**	**n.s**
Meest gestelde diagnosen (ICPC code)						
Depressie (p76)	25,4	28,8	27,0	25,5	22,1	n.v.t.
Slapeloosheid/andere slaapstoornis (p06)	20,7	23,1	20,8	21,3	16,8	n.v.t.
Angstig/nerveus/gespannen gevoel (p01)	18,8	21,4	18,3	18,2	13,3	n.v.t.
Angststoornis/angsttoestand (p74)	10,2	10,3	11,0	11,8	10,8	n.v.t.
Neurasthenie/surmenage (p78)	10,1	11,0	8,8	10,1	9,3	n.v.t.
Down/depressief gevoel (p03)	7,7	10,4	8,9	9,4	8,4	n.v.t.
Crisis/voorbijgaande stress reactie (p02)	9,0	8,6	8,4	9,0	7,8	n.v.t.
Diagnose hoofdgroepen (ICPC code)						
Depressie (p03+p76)***	32,2	37,6	34,8	34,1	30,1	sig↓
Angst (p01+p74)***	28,2	30,7	28,5	29,3	14,6	n.s
Problematisch alcoholgebruik (p15+p16)	2,9	3,1	3,5	4,5	3,9	n.s
Psychotische stoornis (p71+p72+p98)	2,1	2,3	2,4	3,0	2,7	n.s

* *n= totaal aantal huisartspatiënten. Het aantal praktijken waarvan de gegevens gebruikt zijn bedroeg resp. 69 in 2002, 43 in 2004, 64 in 2006, 82 in 2008 en 122 in 2010.*

** *Diagnoses worden binnen NIVEL Zorgregistraties eerste lijn gecodeerd met behulp van het classificatie-systeem voor huisartsen, de 'International Classification of Primary Care' (ICPC). Onder de categorie 'enigerlei psychische diagnose' vallen alle psychische diagnosen die binnen de ICPC geregistreerd kunnen worden.*

*** *Het percentage valt lager uit dan de optelling van de hierboven genoemde afzonderlijke categorieën, doordat deze overlappen.*

1 *De toets voor aanwezigheid van een lineaire trend in de periode 2002-2010 is uitgevoerd over gestandaardiseerde cijfers, waarbij rekening is gehouden met variatie tussen praktijken, patiënten en jaren en gecorrigeerd is voor leeftijd en geslacht.*
Bron: NIVEL/IQhealthcare, 2010.

Tabel 2.9 geeft een overzicht van de meest gediagnosticeerde psychische problemen in de huisartsenpraktijk in de periode 2002-2010. De gegevens zijn afkomstig uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Voor de diagnose hoofdgroepen is getoetst op de aanwezigheid van een lineaire toe- of afname in de periode 2002-2010.
De belangrijkste bevindingen:

- De drie meest gediagnosticeerde psychische problemen bij volwassenen (18-64 jaar) zijn depressie; slapeloosheid; angstig, nerveus of gespannen gevoel
- In de periode 2002-2010 zijn er geen grote veranderingen geweest in de top 7 van diagnosen die de huisarts het vaakst stelt.
- De frequentie waarmee enigerlei psychische diagnose gesteld wordt in de huisartsenpraktijk schommelt in de periode 2002-2010 tussen de 11,1 en 12,8 procent.
- In de periode 2002-2010 is de prevalentie van de diagnose depressie licht afgenomen. Andere psychische problemen worden niet significant vaker of minder vaak gediag- nosticeerd bekeken over deze periode.

Tabel 2.10 Percentage volwassenen van 18-64 jaar in de huisartsenpraktijk met een psychische diagnose dat psychofarmaca voorgeschreven krijgt, 2002-2010 (naar type psychofarmacon)

	2002	2004	2006	2008	2010	Toetsing[1]
	n=14.081*	n=11.143*	n=15.273*	n=19.042*	n=23.422*	
Enigerlei psychofarmaca	**70,2**	**69,5**	**74,7**	**70,3**	**65,7**	**sig↓**
Type psychofarmacon**						
Antidepressiva	31,0	31,6	33,3	30,5	29,7	sig↓
*SSRI's****	*22,3*	*22,8*	*22,6*	*20,7*	*19,6*	*sig↓*
*TCA's****	*4,9*	*4,6*	*5,0*	*4,6*	*4,5*	*sig↓*
Overige antidepressiva	*5,1*	*5,5*	*6,9*	*6,6*	*6,8*	*n.s.*
Anxiolytica	23,2	23,9	25,4	23,1	19,4	sig↓
Hypnotica, sedativa	20,0	20,2	21,7	20,4	17,1	sig↓
Antipsychotica	3,7	4,1	4,7	4,6	4,5	n.s.

* *n= totaal aantal huisartspatiënten. Het aantal praktijken waarvan de gegevens gebruikt zijn bedroeg resp. 61 in 2002, 65 in 2004, 71 in 2006, 78 in 2008 en 75 in 2010.*

** *Een persoon kan meerdere typen psychofarmaca voorgeschreven krijgen. Daarom valt de optelling van de voorschrijfpercentages van de afzonderlijke typen hoger uit dan het 'overall' voorschrijfpercentage genoemd onder 'enigerlei'.*

*** *SSRI's (Selectieve Serotonine Heropnameremmers) en TCA's (Tricyclische Antidepressiva) zijn veel gebruikte typen antidepressiva.*

1 *De toets voor aanwezigheid van een lineaire trend in de periode 2002-2010 is uitgevoerd over gestandaardiseerde cijfers, waarbij rekening is gehouden met variatie tussen praktijken, patiënten en jaren en gecorrigeerd is voor leeftijd en geslacht.*

NB. De cijfers kunnen afwijken van de vorige uitgave van GGZ in Tabellen.

Bron: NIVEL/IQhealthcare, 2010.

In tabel 2.10 wordt voor de periode 2002-2010 een overzicht gegeven van de frequentie waarmee psychofarmaca in de huisartsenpraktijk worden voorgeschreven aan volwassenen (18-64 jaar) bij wie de huisarts enigerlei psychische diagnose gesteld heeft. Ook deze gegevens zijn afkomstig uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn.

De belangrijkste bevindingen:

- Bijna twee derde van de volwassenen met een psychische diagnose kreeg in 2010 psychofarmaca voorgeschreven door de huisarts. Het percentage volwassenen dat psychofarmaca kreeg voorgeschreven is licht afgenomen in de periode 2002-2010.
- Antidepressiva zijn in de huisartsenpraktijk het meest voorgeschreven type psychofarmacon. Bijna 30% van alle volwassenen met een psychische diagnose kreeg dit type medicatie in 2010 voorgeschreven. Het voorschrijfpercentage van antidepressiva is gedaald in de periode 2002-2010.
- SSRI's zijn veruit het meest voorgeschreven type antidepressivum. Het voorschrijfpercentage van SSRI's daalt ook tussen 2002 en 2010.

- Tussen 2002 en 2010 worden kalmeringsmiddelen (anxiolytica) en slaapmiddelen (hypnotica en sedativa) relatief vaak voorgeschreven aan volwassenen met een psychische diagnose. Wel is het voorschrijfpercentage van beide middelen afgenomen in het jaar 2010 (t.o.v. de periode 2002-2008). Dit hangt samen met het verdwijnen van de vergoeding voor benzodiazepinen uit het basispakket per 1 januari 2009.
- Ten opzichte van de hierboven genoemde typen psychofarmaca, worden antipsychotica relatief weinig voorgeschreven in de huisartsenpraktijk.

Tabel 2.11 Percentage volwassenen van 18-64 jaar in de huisartsenpraktijk met een psychische diagnose dat doorverwezen wordt naar psychische hulpverlening in de periode 2002-2010 (naar type hulpverlening)

	2002	2004	2006	2008	2010	Toetsing[1]
	n=11.336*	n=8.888*	n=13.206*	n=15.835*	n=16.902*	
Eerstelijns GGZ						
Eerstelijnspsycholoog	3,1	3,7	4,4	7,0	7,6	sig↑
Maatschappelijk werk	0,7	1,1	0,6	0,7	0,4	n.s.
SPV**	0	0	0,4	0,2	0,3	n.v.t.
Tweedelijns GGZ						
Psychiatrie***	2,3	3,8	4,0	3,9	4,6	sig↑
RIAGG	2,5	2,4	2,2	2,4	1,7	sig↓

GGZ Geestelijke gezondheidszorg; SPV = sociaal psychiatrisch verpleegkundige; RIAGG = regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.

* *n= totaal aantal huisartspatiënten. Het aantal praktijken in de registratie bedroeg resp. 61 in 2002, 45 in 2004, 54 in 2006, 58 in 2008 en 56 in 2010.*

** *Registratie van deze verwijzing is binnen NIVEL Zorgregistraties eerste lijn facultatief. De verwijspercentages zijn daarom een onderschatting.*

*** *Het gaat hierbij alleen om nieuwe verwijzingen.*

1 *De toets voor aanwezigheid van een lineaire trend in de periode 2002-2010 is uitgevoerd over gestandaardiseerde cijfers, waarbij rekening is gehouden met variatie tussen praktijken, patiënten en jaren en gecorrigeerd is voor leeftijd en geslacht.*

NB. De cijfers kunnen afwijken van de vorige uitgave van GGZ in Tabellen.

Bron: NIVEL/IQhealthcare, 2010.

Tabel 2.11 presenteert voor de periode 2002-2010 het percentage volwassenen van 18-64 jaar met een psychische diagnose dat door de huisarts naar aanbieders in de eerste- of tweedelijns GGZ is doorverwezen. Deze gegevens zijn afkomstig uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn.

De belangrijkste bevindingen:

- Volwassenen met een psychische diagnose worden door de huisarts het vaakst naar een eerstelijnspsycholoog doorverwezen. Echter, het verwijspercentage naar psychiatrie is een onderschatting omdat dit alleen nieuwe verwijzingen betreft (en geen herhaalverwijzingen).
- Verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog gebeurt tussen 2002 en 2010 steeds vaker, met name vanaf het jaar 2008 toen eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket werd opgenomen.
- Wat betreft de tweedelijns-GGZ stijgt het percentage volwassenen dat tussen 2002 en 2010 naar de psychiatrie wordt doorverwezen. Het verwijspercentage naar een RIAGG daalt in dezelfde periode. Dit komt waarschijnlijk doordat steeds meer RIAGG's opgegaan zijn in een grotere GGZ instelling.

Tabel 2.12 De eerstelijnspsycholoog: aantal cliënten en wijze van aanmelding, 2006-2013

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal cliënten*	76.000	84.000	90.100	91.000	91.500	81.000	73.500	70.800
Wijze van aanmelding in %								
Verwijzing huisarts	59	60	63	64	62	62	62	67
Eigen initiatief	29	30	28	28	29	29	29	27
Anders**	12	10	9	8	9	9	8	6

* *De aantallen cliënten zijn gebaseerd op de gegevens die aangeleverd werden door lidinstellingen van de LVE. Elk jaar levert ongeveer 60 tot 70% van de leden gegevens aan over het aantal behandelde cliënten. Op deze gegevens worden extrapolatietechnieken toegepast om tot een inschatting te komen van het totaal aantal cliënten van eerstelijnspsychologen die zijn aangesloten bij de LVE in het betreffende jaar.*

** *Tot de wijzen van aanmelding die vallen onder de categorie 'anders' behoren o.a. aanmelding door het bedrijfsleven en aanmelding door een collega psycholoog.*

Bron: Jaarberichten LVE 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013.

De Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) brengt jaarlijks een jaarbericht uit waarin de belangrijkste gegevens worden gepresenteerd over de zorg die door eerstelijnspsychologen wordt verricht. Deze jaarberichten zijn gebaseerd op informatie van de leden van de LVE en hebben geen betrekking op alle eerstelijns psychologische praktijken. Circa 70 procent van alle psychologen die werkzaam zijn in de eerste lijn is geregistreerd bij deze beroepsvereniging.

In Tabel 2.12 wordt een overzicht gepresenteerd van het aantal cliënten dat jaarlijks zorg ontvangt van een eerstelijnspsycholoog, aangesloten bij de LVE. Daarnaast wordt een beeld geschetst van de wijze waarop de cliënten worden aangemeld voor deze zorg.

De belangrijkste bevindingen:

- In de periode 2006-2010 neemt het aantal cliënten dat hulp ontvangt van een eerste- lijnspsycholoog elk jaar toe, in totaal met ongeveer 20 procent. Deze toename is het sterkst tussen 2006 en 2008. Tussen 2010 en 2013 daalt het aantal cliënten vervolgens met ruim 20 procent. Deze daling hangt samen met de afname in deze jaren van het aantal eerstelijnspsychologen dat lid is van de LVE (zie ook tabel 5.9).
- In de periode tussen 2006 en 2012 wordt ongeveer 60 procent van alle cliënten naar de eerstelijnspsycholoog verwezen door de huisarts. In circa 30 procent van de gevallen melden cliënten zich op eigen initiatief aan voor behandeling. De overige 10 procent wordt op andere wijze aangemeld. In 2013 vindt de verwijzing verhoudingsgewijs vaker door de huisarts plaats (67 procent).

Tabel 2.13a Veelgestelde diagnosen door de eerstelijnspsycholoog, 2006-2012 (in procenten)

Diagnose*	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aanpassingsstoornissen	21	20	22	23	23	17	5
Stemmingsstoornissen	20	20	19	19	20	23	30
Angststoornissen	15	15	15	15	15	18	22
Somatoforme stoornissen	4	4	3	3	3	4	5

* *As 1 diagnosen volgens de DSM IV-TR.*
Bron: Jaarberichten LVE 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 en 2012.

Tabel 2.13b Veelgestelde diagnosen door de eerstelijnspsycholoog in 2013 (in procenten), uitgesplitst naar volwassenen en jeugdigen

	Jeugdigen		Volwassenen
Diagnose	2013	Diagnose	2013
Angststoornissen	26,1	Stemmingsstoornissen	29,2
Gedragsproblemen	23,5	Angststoornissen	25,3
Stemmingsstoornissen	18,1	Interpersoonlijke problemen	15,6
Gezinsproblemen	7,5	Psychosomatische problemen	7,4

Bron: Jaarbericht LVE 2013.

Tabel 2.13a en 2.13b geven een overzicht van de verschillende hoofdcategorieën van psychische stoornissen die door de eerstelijnspsycholoog veel worden gezien.

De belangrijkste bevindingen:

- In de periode 2006-2010 worden aanpassingsstoornissen het vaakst vastgesteld door de eerstelijnspsycholoog, direct gevolgd door stemmingsstoornissen en angst- stoornissen. Somatoforme stoornissen worden minder vaak gediagnosticeerd.
- Vanaf 2011 wordt de diagnose stemmingsstoornissen het vaakst vastgesteld door de eerstelijnspsycholoog, gevolgd door angststoornissen en aanpassingsstoornissen. Het percentage somatoforme stoornissen wijkt nauwelijks af van voorgaande jaren.
- In 2012 is de diagnose aanpassingsstoornissen sterk gedaald (ongeveer 70%) ten opzichte van 2011. Dit is zeer waarschijnlijk het gevolg van een wijziging in de basisverzekering per 1 januari 2012, waardoor de behandeling van aanpassings- stoornissen niet meer in aanmerking komt voor vergoeding (VWS, 2011). De percentages stemmingsstoornissen en, in mindere mate, angststoornissen zijn in 2012 relatief sterk gestegen.
- Voor 2013 zijn gegevens beschikbaar uitgesplitst voor jeugdigen en volwassenen. Angststoornissen worden het meest vastgesteld bij jeugdigen, gevolgd door gedragsproblemen. Bij volwassenen zijn dit stemmingsstoornissen en angststoornissen.

Tabel 2.14 De eerstelijnspsycholoog: gemiddelde behandelduur (in weken) en aantal consulten, 2006-2013

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gemiddelde behandelduur in weken	19	19	19	21	21	21	19	19
Gemiddeld aantal consulten per cliënt	7,2	6,9	6,7	7	7	7,1	6,6	6,4
1-5 consulten*, % cliënten	-	-	-	-	-	-	52	53,5
1-8 consulten*, % cliënten	71	72	76	74	73	72	76	78
9-12 consulten, % cliënten	17	17	15	16	17	17	15	14
13-20 consulten, % cliënten	9	9	7	8	8	9	7	7
> 20 consulten, % cliënten	3	2	2	2	2	2	2	2

** Vanaf 1 januari 2012 t/m 31 december 2013 werden maximaal vijf consulten vergoed vanuit de basisverzekering. Tevens werd de eigen bijdrage per consult verhoogd van €10 naar €20.*

*** Vanaf 1 januari 2008 t/m 31 december 2011 werden maximaal acht consulten op jaarbasis vergoed vanuit de basisverzekering.*

Bron: Jaarberichten LVE 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013.

In Tabel 2.14 wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde behandelduur in weken door de eerstelijnspsycholoog tussen 2006 en 2013. Tevens wordt het gemiddeld aantal consulten per cliënt gepresenteerd en wordt de verdeling van het aantal consulten over de cliënten weergegeven.

De belangrijkste bevindingen:

- De gemiddelde behandelduur door de eerstelijnspsycholoog is tussen 2006 en 2011 met twee weken toegenomen, van 19 naar 21 weken, om vanaf 2012 weer te dalen naar 19 weken.
- Het gemiddeld aantal consulten per cliënt blijft tussen 2006 en 2011 betrekkelijk stabiel met een gemiddelde van rond de 7 consulten. Vanaf 2012 neemt dit gemiddelde licht af, wat een gevolg kan zijn van de versobering van de vergoeding van eerstelijnspsychologische zorg per 1 januari 2012 vanuit het basispakket.
- Het percentage cliënten dat meer dan acht consulten nodig heeft daalt tussen 2006 en 2008 met 5 procent van 29 procent naar 24 procent, om tussen 2008 en 2011 weer met 4 procent toe te nemen naar 28 procent. Vanaf 2012 is het percentage cliënten dat meer dan acht consulten nodig heeft weer gedaald, tot 22 procent in 2013.

Tabel 2.15 De eerstelijnspsycholoog: wijze van beëindiging contact en doorverwijzing naar andere hulpverlening, 2006-2013 (in procenten)

Wijze beëindiging contact	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Behandeling afgerond*	**67**	**68**	**71**	**72**	**70**	**72**	**71**	**70**
Behandeling afgebroken	**19**	**18**	**17**	**15**	**16**	**15**	**16**	**18**
Cliënt doorverwezen	**14**	**14**	**12**	**13**	**14**	**13**	**13**	**12**
Naar 2e lijns GGZ of AGZ	*48*	*49*	*54*	*59*	*58*	*64*	*67*	*67*
Naar collega eerstelijnspsycholoog	*14*	*16*	*11*	*11*	*11*	*9*	*9*	*8*
Naar huisarts	*11*	*9*	*10*	*9*	*11*	*7*	*9*	*10*
Naar 3e lijns GGZ of AGZ	*5*	*5*	*5*	*4*	*4*	*4*	*4*	*3*
Anders	*22*	*21*	*20*	*17*	*16*	*15*	*14*	*13*

* *Het traject wordt afgerond met wederzijds goedvinden van behandelaar en cliënt.*

Bron: Jaarberichten LVE 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 en 2012. NIVEL, 2013.

In Tabel 2.15 wordt samengevat op welke wijze de behandeling bij de eerstelijnspsycholoog wordt beëindigd. Er wordt onderscheid gemaakt tussen het percentage afgeronde behandelingen, het percentage afgebroken behandelingen en het percentage cliënten dat naar andere hulpverlening is doorverwezen.

De belangrijkste bevindingen:

- Het percentage behandelingen bij de eerstelijnspsycholoog dat op reguliere wijze wordt afgerond schommelt in de gehele periode 2006 – 2013 rond 70 procent.
- De redenen voor het voortijdige afbreken van een behandeling lopen sterk uiteen (niet in tabel). De belangrijkste redenen voor het afbreken van een behandeling waren in 2013: financiële redenen (19%), afname van de aanmeldklachten (19%), onvoldoende motivatie (14%) en ontevredenheid (5%).
- Wat opvalt is dat er sinds 2008, toen eerstelijnspsychologische zorg werd opgenomen in de basisverzekering, relatief minder behandelingen om financiële redenen zijn afgebroken. Ter vergelijking: in 2006 werd nog 15 procent van alle afgebroken behandelingen om financiële redenen beëindigd, terwijl dit in 2011 nog 10% was. Echter, in 2012 is het percentage cliënten vanwege financiële redenen stopte met de behandeling verdubbeld naar 20%. Dit hangt waarschijnlijk samen met de verhoging van de eigen bijdrage per consult van €10 naar €20 en de afname in het maximaal aantal vergoede consulten van acht naar vijf per 1 januari 2012 (VWS, 2011).
- Het percentage cliënten dat door de eerstelijnspsycholoog wordt doorverwezen naar andere hulpverlening is in de gehele periode betrekkelijk stabiel, met percentages tussen 12 en 14 procent. Opvallend is dat tussen 2006 en 2013 relatief meer doorverwijzingen zijn gaan plaatsvinden naar de tweedelijns-GGZ/AGZ, terwijl juist wat minder werd doorverwezen naar een collega eerstelijnspsycholoog.

DBC-Informatiesysteem

In dit hoofdstuk is tabel 2.16 t/m 2.18 ontleend aan gegevens uit het DBC-Informatiesysteem (DIS). Het DIS heeft alleen betrekking op de curatieve zorg die verleend wordt in het kader van de Zorgverzekeringswet. De zorg die in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning wordt verleend, zijn in deze cijfers dus niet meegenomen.

De in het DIS verzamelde Diagnose-Behandel-Combinaties (DBC's) omvatten informatie over de zorg die een cliënt is geboden bij de behandeling van een primaire diagnose, zoals geregistreerd door de zorgaanbieders in de tweedelijns-GGZ. Een DBC duurt maximaal 365 aaneengesloten dagen. Indien een behandeling voor dezelfde diagnose langer dan een kalenderjaar duurt, wordt een vervolg-DBC geopend.

In de tabellen worden zorgtrajecten weergegeven. Een zorgtraject bestaat uit aaneengesloten DBC's voor dezelfde cliënt bij dezelfde zorgaanbieder voor dezelfde primaire diagnose. Indien een persoon in een verslagjaar voor meerdere primaire diagnoses, of bij meerdere zorgaanbieders een zorgtraject heeft ontvangen, komt deze persoon dus ook meer dan een keer voor. Het aantal zorgtrajecten ligt tussen de 5 en 10 procent hoger dan het aantal unieke cliënten.

In tabellen 2.16 t/m 2.18 worden eerst gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gepresenteerd, welke betrekking hebben op alle zorgtrajecten in de tweedelijns curatieve GGZ bij inwoners die zijn ingeschreven in de Gemeentelijke Basisadministratie.

Vervolgens wordt in tabellen 2.19 t/m 2.23 gebruik gemaakt van een rapportage van GGZ Nederland, waarin gegevens worden gepresenteerd over de lidinstellingen van deze organisatie. Deze gegevens beperken zich tot geïntegreerde GGZ-instellingen, verslavingszorginstellingen, forensische instellingen, regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's), en regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's). Deze rapportage omvat geen informatie van vrijgevestigde GGZ-professionals, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) en psychiatrische universiteitsklinieken (PUK'en).

Tabel 2.16 Aantal zorgtrajecten per diagnose in de curatieve GGZ in de periode 2009-2011

	2009*		2010*		2011*	
Diagnosegroepen	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**
Stemmingsstoornissen	174.520	17.8	185.590	17.1	183.940	17.3
Stoornissen in de kindertijd	138.710	14.2	170.430	15.7	180.445	16.9
Angststoornissen	94.240	9.6	106.445	9.8	108.650	10.2
Aanpassingsstoornissen	93.965	9.6	103.220	9.5	95.860	9.0
Persoonlijkheidsstoornissen	65.750	6.7	73.025	6.7	72.790	6.8
Aan middel gebonden stoornissen	67.835	6.9	73.055	6.7	68.160	6.4
Schizofrenie en andere psychotischestoornissen	63.390	6.5	64.780	6.0	61.400	5.8
Cognitieve stoornissen	38.540	3.9	40.835	3.8	37.640	3.5
Somatoforme stoornissen	17.040	1.7	19.365	1.8	22.625	2.1
Eetstoornissen	9.770	1.0	10.990	1.0	11.545	1.1
Stoornissen impulsbeheersing	9.170	0.9	10.010	0.9	9.815	0.9
Seksuele en genderidentiteit-stoornissen	4.175	0.4	4.970	0.5	4.995	0.5
Psychische stoornis door somatische aandoeningen	2.315	0.2	2.545	0.2	2.740	0.3
Dissociatieve stoornissen	2.135	0.2	2.210	0.2	2.225	0.2
Slaapstoornissen	1.650	0.2	1.975	0.2	2.150	0.2
Nagebootste stoornissen	130	0.01	90	0.01	90	0.01
Andere problemen reden voor zorg	97.080	9.9	105.250	9.7	97.775	9.2
Geen of ontbrekende primaire diagnose**	98.745	10.1	109.960	10.1	102.095	9.6
Totaal	**979.160**	**100**	**1.084.730**	**100**	**1.064.920**	**100**

* *Voorlopige cijfers.*

** *Onder bepaalde voorwaarden, bijvoorbeeld in geval van alleen intake, diagnostiek of crisisopvang, kan een DBC worden afgesloten zonder een diagnoseclassificatie. Daarnaast zijn er zorgtrajecten waarvan de primaire diagnose onterecht missend is.*

Bron: CBS Statline, 2014.

In tabel 2.16 zijn het aantal zorgtrajecten met een of meer gesloten DBC's in de periode 2009-2011 weergegeven, uitgesplitst naar primaire diagnose. De gegevens zijn afkomstig van CBS Statline en hebben betrekking op de curatieve GGZ.

De belangrijkste bevindingen:

- De meeste zorgtrajecten hebben in de periode 2009-2011 betrekking op een stemmingsstoornis, gevolgd door een stoornis in de kindertijd en een angststoornis.
- Bij circa 10% van de cliënten is geen aandoening op as I of as II geregistreerd als primaire diagnose.

Tabel 2.17 Aantal zorgtrajecten per diagnose in de curatieve GGZ in periode 2009-2011, uitgesplitst naar mannen en vrouwen (in procenten)

	2009*		2010*		2011*	
Diagnosegroepen	**Vrouwen**	**Mannen**	**Vrouwen**	**Mannen**	**Vrouwen**	**Mannen**
Stemmingsstoornissen	21,9	13,5	21,0	12,9	21,1	13,2
Stoornissen in de kindertijd	7,1	21,7	8,3	23,6	9,5	24,9
Angststoornissen	11,7	7,4	12,0	7,5	12,6	7,7
Aanpassingsstoornissen	11,6	7,5	11,6	7,3	10,8	7,0
Persoonlijkheidsstoornissen	8,5	4,8	8,6	4,7	8,8	4,8
Aan middel gebonden stoornissen	3,6	10,5	3,5	10,2	3,3	9,7
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	5,2	7,8	4,8	7,3	4,6	7,1
Cognitieve stoornissen	4,4	3,5	4,2	3,3	3,9	3,2
Somatoforme stoornissen	2,2	1,2	2,3	1,2	2,7	1,5
Eetstoornissen	1,8	0,2	1,8	0,2	1,9	0,2
Stoornissen impulsbeheersing	0,4	1,5	0,4	1,5	0,4	1,5
Seksuele genderidentiteit stoornissen	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5
Psychische stoornissen door somatische aandoeningen	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
Dissociatieve stoornissen	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1
Slaapstoornissen	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Nagebootste stoornissen	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Andere problemen reden voor zorg	1,0	8,7	10,8	8,5	10,2	8,1
Geen of ontbrekende primaire diagnose	9,5	10,7	9,6	10,7	9,1	10,3
Totaal	**507.035**	**472.125**	**559.700**	**525.030**	**549.365**	**515.555**

* *Voorlopige cijfers.*

Bron: CBS Statline, 2014.

In tabel 2.17 is de verdeling van zorgtrajecten met een of meer gesloten DBC's over de verschillende diagnosegroepen in de periode 2009-2011 weergegeven, uitgesplitst naar mannen en vrouwen. De gegevens zijn afkomstig van CBS Statline en hebben betrekking op de curatieve GGZ.

De belangrijkste bevindingen:

- Bij vrouwen richt het grootste deel van de zorgtrajecten zich in de periode 2009- 2011 op stemmingsstoornissen, gevolgd door angststoornissen en aanpassings- stoornissen.
- Bij mannen richt het merendeel van de zorgtrajecten zich in de periode 2009-2011 op stoornissen in de kindertijd, gevolgd door stemmingsstoornissen en aan een middel gebonden stoornissen.
- Bij zowel mannen als vrouwen is bij ongeveer een tiende van de zorgtrajecten geen aandoening op as I of as II geregistreerd als primaire diagnose.

Tabel 2.18 Aantal zorgtrajecten per diagnose in de curatieve GGZ in periode 2009-2011, uitgesplitst naar ambulant en klinisch (in procenten)

	2009*		2010*		2011*	
Diagnoses	**Klinisch**	**Ambulant**	**Klinisch**	**Ambulant**	**Klinisch**	**Ambulant**
Seksuele en genderidentiteits stoornissen	1,0	99,0	1,0	99,0	99,6	0,4
Geen of ontbrekende primaire diagnose	1,2	99,0	1,0	99,0	98,8	1,0
Slaapstoornissen	1,5	98,5	1,8	98,2	1,4	98,6
Andere problemen reden voor zorg	1,7	98,3	1,6	98,4	1,3	98,7
Stoornissen in de kindertijd	2,7	97,3	2,5	97,5	2,0	98,0
Somatoforme stoornissen	3,5	96,5	3,1	96,9	2,5	97,5
Angststoornissen	3,4	96,6	3,1	96,9	2,6	97,4
Aanpassingsstoornissen	3,4	96,6	3,3	96,7	2,9	97,1
Stoornissen impulsbeheersing	4,1	95,9	4,0	96,0	3,9	96,1
Stemingsstoornissen	7,0	93,0	6,7	93,3	5,4	94,6
Persoonlijkheidsstoornissen	7,9	92,1	7,2	92,8	5,7	94,3
Cognitieve stoornissen	7,6	92,4	6,6	93,4	5,7	94,3
Psychische stoornis door somatische aandoening	9,7	90,3	7,3	92,7	6,0	94,0
Eetstoornissen	8,0	92,0	7,2	92,8	6,4	93,6
Dissociatieve stoornissen	12,0	88,0	9,8	90,2	8,1	91,9
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	19,0	81,0	18,0	82,0	14,6	85,4
Aan middel gebonden stoornissen	17,9	82,1	17,4	82,6	15,9	84,1
Nagebootste stoornissen	37,0	63,0	22,2	77,8	16,7	83,3
Totaal percentage	**6,1**	**93,9**	**5,6**	**94,4**	**4,7**	**95,3**
Totaal aantallen	**59.880**	**919.280**	**60.840**	**1.023.890**	**49.720**	**1.015.195**

* *Voorlopige cijfers.*
Bron: CBS Statline, 2014.

In tabel 2.18 is het aantal zorgtrajecten met een of meer afgesloten DBC's over de verschillende primaire diagnoses in de periode 2009-2011 weergegeven, verdeeld naar ambulant of klinisch. De gegevens zijn afkomstig van CBS Statline en hebben alleen betrekking op de curatieve GGZ.

De belangrijkste bevindingen:

- Veruit het grootste deel van zorgtrajecten in de periode 2009-2011 betrof een ambulante behandeling.
- In alle jaren is bij nagebootste stoornissen[4], schizofrenie en andere psychotische stoornissen, aan middel gebonden stoornissen en dissociatieve stoornissen in verhouding het vaakst sprake van een klinisch zorgtraject. Het aantal zorgtrajecten dat jaarlijks een nagebootste stoornis betreft is overigens erg laag (90 in 2011, zie tabel 2.16).

4 Stoornissen waarbij opzettelijk lichamelijke of psychische verschijnselen of klachten worden voorgewend of veroorzaakt.

Tabel 2.19 Aantal unieke cliënten, aantal zorgtrajecten en het gemiddeld aantal zorgtrajecten per cliënt in de curatieve GGZ in de periode 2009-2011

	2009	2010	2011
Unieke cliënten*	827.344	818.498	817.916
Aantal zorgtrajecten*	884.456	879.233	864.860
Gemiddeld aantal zorgtrajecten per patiënt	1,07	1,07	1,06

* *De cijfers zijn gecorrigeerd voor toe- of afname van het aantal leden van GGZ Nederland.*
Bron: GGZ Nederland, 2014.

In tabel 2.19 zijn het aantal cliënten, het aantal zorgtrajecten en het gemiddeld aantal zorgtrajecten per patiënt in de periode 2009-2011 weergegeven. De cijfers zijn afkomstig uit DIS en hebben betrekking op de lidinstellingen van GGZ Nederland.

De belangrijkste bevindingen:
- Tussen 2009 en 2011 daalde zowel het aantal cliënten (-1,1%) als het aantal zorgtrajecten (-2,3%).
- Het gemiddeld aantal zorgtrajecten per cliënt is in de periode 2008-2011 nagenoeg gelijk gebleven.

Tabel 2.20 Aantal zorgtrajecten per circuit in de curatieve GGZ in de periode 2009-2011*

	2009	2010	2011
Kinderen en Jeugd	179.171	183.681	184.783
Volwassenen	520.435	511.475	499.296
Ouderen	93.123	90.057	87.003
Verslavingszorg	75.227	76.232	75.271
Forensische zorg**	16.500	17.788	18.507
Totaal	**884.456**	**879.233**	**864.860**

* *De cijfers zijn gecorrigeerd voor toe- of afname van het aantal leden van GGZ Nederland.*

** *De cijfers in het circuit forensische zorg hebben betrekking op de niet-strafrechtelijke zorg.*

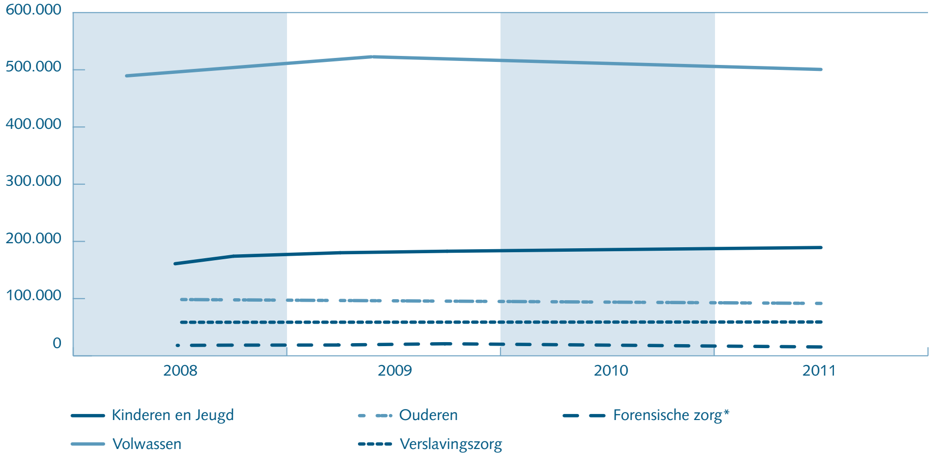
Bron: GGZ Nederland, 2014.

In tabel 2.20 wordt het aantal zorgtrajecten in de periode 2009-2011 weergegeven, uitgesplitst naar de circuits Kinderen & Jeugd, Volwassenen, Ouderen, Verslavingszorg en Forensische zorg. In grafiek 2.20 wordt dit gevisualiseerd. De cijfers zijn afkomstig uit DIS en hebben betrekking op lidinstellingen van GGZ Nederland.

De belangrijkste bevindingen:

- Meer dan de helft (58 procent in 2011) van de zorgtrajecten vindt plaats in het circuit Volwassenen, gevolgd door Kinderen en Jeugd (21 procent in 2011). Het aantal zorgtrajecten in de overige circuits is veel geringer.
- Het aantal zorgtrajecten in het circuit Kinderen en Jeugd nam in de periode 2009-2011 toe met 3,1 procent en in het circuit Forencische zorg met 12,2 procent. In het circuit Volwassenen daalde het aantal zorgtrajecten met 4,0 procent en in het circuit Ouderen met 6,6 procent. In het circuit Verslavingszorg ligt het aantal zorgtrajecten in 2011 nagenoeg gelijk aan 2009.

Grafiek 2.20 Aantal zorgtrajecten in de curatieve GGZ in de periode 2009-2011, uitgesplitst naar circuit



* *De cijfers in het circuit forensische zorg hebben betrekking op de niet-strafrechtelijke zorg.*
Bron: GGZ Nederland, 2014.

Tabel 2.21a Zorgtrajecten in het circuit Kinderen en Jeugd naar top-5 primaire diagnose in de periode 2009–2011 (in procenten)

Diagnoses	2009	2010	2011
Stoornissen in de kindertijd	59,6	60,9	61,4
Angststoornissen	6,8	6,7	7,3
Stemmingsstoornissen	4,2	3,7	4,0
Aanpassingsstoornissen	5,4	5,4	4,1
Eetstoornissen	1,0	1,0	1,1
Totaal alle diagnoses	**179.171**	**183.681**	**184.783**

Bron: GGZ Nederland, 2014.

Tabel 2.21b Zorgtrajecten in het circuit Volwassenen naar top-5 primaire diagnose in de periode 2009-2011 (in procenten)

Diagnoses	2009	2010	2011
Stemmingsstoornissen	20,9	20,5	22,1
Angststoornissen	12,5	12,6	13,2
Persoonlijkheidsstoornissen	10,5	10,7	11,8
Schizofrenie en andere psychotische aandoeningen	10,5	10,3	10,8
Stoornissen in de kindertijd	6,1	6,9	8,2
Totaal alle diagnoses	**520.435**	**511.475**	**499.296**

Bron: GGZ Nederland, 2014.

Tabel 2.21c Zorgtrajecten in het circuit Ouderen naar top-5 primaire diagnose in de periode 2009-2011 (in procenten)

Diagnoses	2009	2010	2011
Delirium, dementie, cognitieve stoornissen	36,7	36,8	34,9
Stemmingsstoornissen	22,8	23,0	24,4
Schizofrenie en andere psychotische aandoeningen	6,4	6,6	6,9
Angststoornissen	4,9	5,0	5,7
Persoonlijkheidsstoornissen	3,1	3,2	3,5
Totaal alle diagnoses	**93.123**	**90.057**	**87.003**

Bron: GGZ Nederland, 2014.

Tabel 2.21d Zorgtrajecten in het circuit verslavingszorg naar top-5 primaire diagnose in de periode 2009-2011 (in procenten)

Diagnoses	2009	2010	2011
Aan een middel gebonden stoornissen	79,2	80,9	81,8
Stoornissen in de impulsbeheersing	3.2	3.4	3,5
Schizofrenie en andere psychotische aandoeningen	0,8	0,7	0,9
Stemmingsstoornissen	0,9	0,7	0,8
Stoornissen in de kindertijd	0,4	0,5	0,6
Totaal alle diagnoses	**75.227**	**76.232**	**75.271**

Bron: GGZ Nederland, 2014.

Tabel 2.21e Zorgtrajecten in het circuit Forensische zorg naar top-5 primaire diagnose in de periode 2009-2011 (in procenten)

Diagnoses	2009	2010	2011
Stoornissen in de kindertijd	24,0	23,6	22,9
Persoonlijkheidsstoornissen	11,4	11,8	12,8
Stoornissen in de impulsbeheersing	6,4	7,7	8,2
Aan een middel gebonden stoornissen	3,9	3,7	4,1
Schizofrenie en andere psychotische aandoeningen3,1	3,3	3,6	
Totaal alle diagnoses	**16.500**	**17.788**	**18.507**

Bron: GGZ Nederland, 2014.

Tabellen 2.21a t/m 2.21e presenteren het percentage zorgtrajecten naar top-5 primaire diagnose, binnen respectievelijk de circuits Kinderen en Jeugd, Volwassenen, Ouderen, Verslavingszorg en Forensische zorg. De cijfers zijn afkomstig uit DIS en hebben betrekking op de lidinstellingen van GGZ Nederland.

De belangrijkste bevindingen:

- De top-5 van meest behandelde diagnoses blijft in de meeste circuits gelijk over de jaren 2009-2011.
- Zoals men zou verwachten is er een groot verschil in de mate waarin bepaalde aandoeningen gediagnosticeerd zijn bij cliënten in de verschillende circuits. Zo zijn stoornissen in de kindertijd het sterkst vertegenwoordigd in het circuit Kinderen en Jeugd, cognitieve stoornissen in het circuit Ouderen en aan middel gebonden stoornissen in het circuit Verslavingszorg.

Tabel 2.22 Aantal zorgtrajecten per circuit in de curatieve GGZ in de periode 2009 - 2011, uitgesplitst naar verblijf (in procenten)

	2009			2010		
	Ambulant (%)	Klinisch (%)	Totaal (n)	Ambulant (%)	Klinisch (%)	Totaal (n)
Kinderen en Jeugd	96,2	3,8	**179.171**	95,9	4,1	**183.681**
Volwassenen	92,1	7,9	**520.435**	91,8	8,2	**511.457**
Ouderen	91,4	8,6	**93.123**	91,6	8,4	**90.057**
Verslavingszorg	83,0	17,0	**75.227**	82,5	17,5	**76.232**
Forensische zorg*	96,0	4,0	**16.500**	95,2	4,8	**17.788**
Totaal	**92,1**	**7,9**	**884.456**	**91,9**	**8,1**	**879.233**

	2011		
	Ambulant (%)	Klinisch (%)	Totaal (n)
Kinderen en Jeugd	96,0	4,0	**184.783**
Volwassenen	91,5	8,5	**499.296**
Ouderen	91,4	8,6	**87.003**
Verslavingszorg	80,6	19,4	**75.271**
Forensische zorg*	94,6	5,4	**18.507**
Totaal	**91,6**	**8,4**	**864.860**

* *De cijfers in het circuit forensische zorg hebben betrekking op de niet-strafrechtelijke forensische zorg.*
Bron: GGZ Nederland, 2014.

Tabel 2.22 geeft het percentage zorgtrajecten per circuit in de curatieve GGZ weer in de periode 2009-2011, uitgesplitst naar ambulant of klinisch. De cijfers zijn afkomstig uit DIS en hebben betrekking op de lidinstellingen van GGZ Nederland.

De belangrijkste bevindingen:
- In alle circuits hebben verreweg de meeste zorgtrajecten betrekking op ambulante zorg.
- In het circuit Verslavingszorg vinden relatief de meeste klinische zorgtrajecten plaats.
- Er is in de periode 2009-2011 verhoudingsgewijs sprake van een lichte toename van klinische behandeling in de circuits, met uitzondering van de circuits Kinderen en Jeugd en Ouderen.

Tabel 2.23 Gemiddelde behandelduur in de curatieve GGZ naar hoofddiagnose in 2012* (in maanden)

Diagnose	Gemiddelde behandelduur (in maanden)
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	41,2
Dissociatieve stoornissen	33,3
Persoonlijkheidsstoornissen	24,2
Stemmingsstoornissen	23,8
Stoornissen in de kindertijd	23,0
Nagebootste stoornissen	12,1
Angststoornissen	18,4
Aan een middel gebonden stoornissen	20,8
Eetstoornissen	16,8
Psychische stoornissen door somatische aandoeningen	14,3
Somatoforme stoornis	15,6
Seksuele stoornissen en genderidentiteitesstoornissen	15,4
Stoornissen in de impulsbeheersing	12,7
Delirium, dementie, cognitieve stoornissen	13,3
Aanpassingsstoornissen	20,0
Slaapstoornissen	11,8
Totaal	**19,5**

* *Voorlopige cijfers, exclusief december 2012.*
Bron: GGZ Nederland, 2014.

In tabel 2.23 wordt de gemiddelde behandelduur van zorgtrajecten (in maanden) naar primaire diagnose weergegeven in de curatieve GGZ voor het jaar 2012. De cijfers zijn afkomstig uit DIS en hebben betrekking op de lidinstellingen van GGZ Nederland. Het gaat om voorlopige cijfers omdat de aanlevering voor de maand december nog ontbrak.

De belangrijkste bevindingen:

- Gemiddeld duurt een zorgtraject (willekeurig voor welke stoornis deze ingezet wordt) in de curatieve GGZ ruim anderhalf jaar.
- Gemiddeld duurt een zorgtraject voor schizofrenie of een andere psychotische stoornis het langst (bijna drieënhalf jaar), gevolgd door de gemiddelde duur van een zorgtraject bij een dissociatieve stoornis (ruim tweeënhalf jaar).

Tabel 2.24a Gemiddelde wachttijden (in weken) per circuit in de curatieve GGZ, 2010 en 2014

Circuit	2010		2014	
	Wachttijd tot intake	Wachttijd vanaf intake tot behandeling	Wachttijd tot intake*	Wachttijd vanaf intake tot behandeling*
Kinderen en jeugd	7	8	6	7
Volwassenen	5	5	5	4
Ouderen	3	4	3	5
Verslavingszorg	3	5	3	3

* *Peildatum juli 2014.*
Bron: Markscan NZa, 2014.

Voordat cliënten na doorverwijzing daadwerkelijk hulp ontvangen in de gespecialiseerde GGZ worden zij op een wachtlijst geplaatst. Er worden drie wachtfasen onderscheiden: de aanmeldingswachttijd (de tijd tussen aanmelding en het eerste gesprek met een hulpverlener); de beoordelingswachttijd (de tijd tussen het eerste gesprek en de datum waarop de indicatie wordt gesteld); en de behandelingswachttijd (de tijd tussen de indicatiestelling en het eerste behandelcontact). De Treeknormen voor aanvaardbare wachttijd bedragen vier weken voor de aanmeldingswachttijd en de beoordelingswachttijd en zes weken voor de behandelingswachttijd. In tabel 2.24a is de gemiddelde wachttijd per circuit in de curatieve GGZ weergegeven in de jaren 2010 en 2014. In deze tabel zijn de beoordelingswachttijd en behandelingswachttijd gecombineerd, wat een Treeknorm van tien weken geeft. De gegevens zijn afkomstig uit de NZa Marktscan geestelijke gezondheidszorg 2010 en van de websites van aanbieders (MediQuest, peildatum juli 2014). Omdat in het laatste geval geen informatie beschikbaar was over de omvang van de locaties en het werkelijk aantal wachtenden, moeten deze cijfers en dus ook de vergelijking met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

De belangrijkste bevindingen:

- In het circuit Kinderen en jeugd is de gemiddelde aanmeldwachttijd het langst. Hoewel de gemiddelde wachttijd tussen 2010 en 2014 af lijkt te nemen, blijft deze ook medio 2014 boven de Treeknorm van vier weken liggen. De gemiddelde aanmeldwachttijd in het circuit Volwassenen is minder lang, maar ligt ook boven de Treeknorm.
- Ook de gemiddelde wachttijd vanaf intake tot behandeling is het langst in het circuit Kinderen en jeugd, maar blijft binnen de maximaal aanvaardbare wachttijd van tien weken.

Tabel 2.24b Percentage GGZ-locaties per circuit met gemiddelde wachttijden (in weken) langer dan de Treeknormen, juli 2014

	Wachttijd tot intake	Wachttijd vanaf intake tot behandeling
Kinderen en jeugd	45	26
Volwassenen	29	11
Ouderen	7	2
Verslavingszorg	8	2

Bron: Markscan NZa, 2014.

Tabel 2.24b geeft per circuit het percentage GGZ-locaties weer met gemiddelde wachttijden langer dan de Treeknormen voor wachttijd tot intake (vier weken) en wachttijd vanaf intake tot behandeling (tien weken).

De belangrijkste bevindingen:
- Medio 2014 duurt bij 45 procent van de GGZ-locaties voor Kinderen en jeugd de gemiddelde wachttijd tot de intake langer dan vier weken; en bij 26 procent van de locaties duurt de gemiddelde wachttijd vanaf de intake tot het moment waarop de behandeling van start gaat langer dan tien weken.
- Voor het circuit Volwassenen zijn deze percentages respectievelijk 29 en 11 procent.
- Voor de circuits Ouderen en Verslavingszorg liggen deze percentages beduidend lager.

Tabel 2.25 Aantal beschikkingen BOPZ in de periode 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
IBS	**6.610**	**7.340**	**7.422**	**7.458**	**7.377**	**7.969**
RM	**9.703**	**11.558**	**12.495**	**13.232**	**13.978**	**14.931**
Voorlopige machtiging	4.712	5.495	5.690	5.837	5.937	6.178
Machtiging voortgezet verblijf	2.712	3.195	3.455	3.620	3.705	3.968
Voorwaardelijke machtiging	2.187	2.755	3.272	3.689	4.244	4.712
Machtiging eigen verzoek	63	112	77	86	92	64
Observatiemachtiging*	29	1	1	-	-	-
Zelfbindingsmachtiging**	-	-	5	3	1	9
Totaal aantal onvrijwillige opnamen (exclusief voorwaardelijke machtiging)	*14.126*	*16.143*	*16.645*	*17.001*	*17.111*	*18.188*
Totaal aantal beschikkingen BOPZ	**16.313**	**18.898**	**19.917**	**20.690**	**21.355**	**22.900**

* *Sinds 1 januari 2009 is het niet meer mogelijk een observatiemachtiging aan te vragen. Lopende aanvragen werden nog behandeld.*

** *Sinds 2008 is het voor patiënten mogelijk een zelfbindingsmachtiging op te stellen.*

Bron: Raad voor de Rechtspraak.

In tabel 2.25 wordt een overzicht gegeven van het aantal beschikkingen in de periode 2008 - 2013 op de grond van de Wet BOPZ. In grafiek 2.25 wordt dit gevisualiseerd. De tabel en grafiek zijn samengesteld aan de hand van gegevens van de Raad voor de Rechtspraak en betreffen het aantal zaken dat is afgedaan (waarover uitspraak is geweest) in het betreffende jaar.

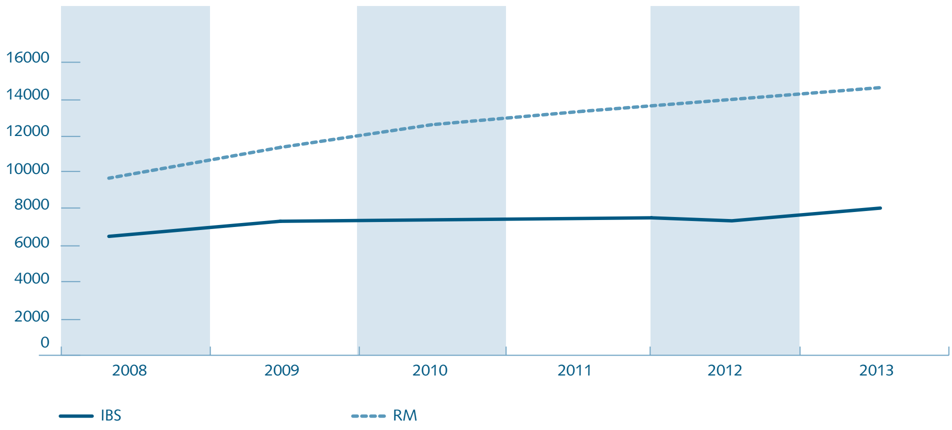
De hier weergegeven beschikkingen betreffen een inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM). Een IBS is een noodmaatregel die door de burgermeester kan worden genomen wanneer iemand een ernstig gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving.

Na afgifte van de IBS wordt de cliënt binnen 24 uur opgenomen in een instelling. Uiterlijk drie dagen daarna bepaalt de rechter of de cliënt in de instelling moet blijven. Zo ja, dan wordt de IBS met drie weken verlengd. Een RM gaat altijd via de rechter en wordt o.a. afgegeven op basis van een geneeskundige verklaring van een onafhankelijk psychiater.

Er zijn verschillende vormen van RM. De belangrijkste vormen zijn:

- De voorlopige machtiging, die voor maximaal zes maanden kan worden afgegeven wanneer iemand gevaar voor zichzelf en/of anderen veroorzaakt en nog niet gedwongen is opgenomen.
- De machtiging voortgezet verblijf, die voor maximaal een jaar wordt ingezet wanneer een voorlopige machtiging afloopt, maar het gevaar nog niet geweken is. Wanneer iemand vijf jaar onafgebroken gedwongen is opgenomen, mag deze machtiging voor maximaal twee jaar worden afgegeven.

Grafiek 2.25 Aantal beschikkingen BOPZ (RM en IBS), 2008-2013



Bron: Raad voor de Rechtspraak.

- De voorwaardelijke machtiging, waarbij de betrokkene niet gedwongen wordt opgenomen, mits de betrokken persoon zich aan een vooraf omschreven behande- lingsplan houdt en hierdoor het gevaar dat hij of zij veroorzaakt wordt afgewend.

Belangrijkste bevindingen:

- In Nederland vinden steeds meer onvrijwillige opnemingen plaats. Tussen 2008 en 2013 is het aantal onvrijwillige opnemingen waarover een uitspraak is geweest met 29 procent toegenomen. Het aantal voorwaardelijke machtigingen is in dezelfde periode toegenomen met 115 procent.
- Over de periode 2008-2013 bekeken, neemt het aantal opnemingen met een RM (dus voorwaardelijke machtigingen niet meegeteld) sneller toe dan het aantal opnemingen met een IBS (36 vs. 21 procent). Tussen 2011 en 2012 is een lichte daling te zien in het aantal afgegeven IBS'en, waarna deze in 2013 weer toenemen. Het aantal opnemingen met een RM (dus zonder voorwaardelijke machtigingen) neemt in de gehele periode 2008-2013 toe.
- Sinds 1 januari 2008 is de wet BOPZ uitgebreid met de mogelijkheid van een zelfbindingsmachtiging, waarmee iemand met een psychische stoornis zelf aangeeft gedwongen te willen worden opgenomen wanneer de situatie verslechtert en het ziekte-inzicht achteruit gaat. Van deze mogelijkheid wordt nauwelijks gebruik gemaakt.

Tabel 2.26 Aantal gestarte vrijheidsbeperkende interventies in de geestelijke gezondheidszorg in 2013

Verzet					
Interventies	**Aantal**	**Zichtbaar of merkbaar verzet**	**Geen zichtbaar of merkbaar verzet**	**Eigen verzoek**	**Onbekend**
Separatie[1]	9.469	55,4%	29,1%	8,2%	7,2%
Afzondering[2]	4.251	43,4%	32,4%	4,6%	19,6%
Insluiting in overige ruimtes	3.647	39,4%	50,2%	6,0%	4,4%
Fixatie[3]	2.928	38,7%	26,8%	3,4%	36,0%
Dwangmedicatie met fysiek verzet[4]	4.146	100%	-	-	-
Vocht/voeding met fysiek verzet[5]	181	100%	-	-	-
Overige interventies (ECT)	3	100%	-	-	-
Totaal	**18.961**	**49,8%**	**32,5%**	**6,6%**	**11,1%**

[1] *Het voor verzorging, verpleging en behandeling ingesloten zijn van een cliënt in een speciaal daarvoor bestemde als separeerverblijf goedgekeurde afzonderlijke ruimte.*

[2] *Het voor verzorging, verpleging en behandeling ingesloten zijn van een cliënt in een speciaal daarvoor bestemde afzonderingskamer (prikkelarm ingerichte eenpersoonskamer met bed, tafel, stoel, kledingkast en wasgelegenheid).*

[3] *Het beperken van een cliënt in zijn of haar bewegingsmogelijkheden, hetzij door toepassing van mechanische hulpmiddelen, danwel door fysiek vasthouden.*

[4] *Het gedwongen toedienen van medicatie aan een cliënt buiten het maag-darmkanaal via injectie of infuus. Er wordt uitsluitend geregistreerd wanneer de cliënt zich fysiek heeft verzet.*

[5] *Toedieningen van vocht en voeding die gepaard gaan met fysiek verzet.*

Bron: Argus Landelijke Kerncijfers 2013.

Tabel 2.26 geeft een overzicht van de vrijheidsbeperkende interventies die in 2013 op opnameafdelingen van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn ingezet. De cijfers zijn afkomstig uit de Argus registratie, waaraan in 2013 54 instellingen, waaronder 28 geïntegreerde GGZ-instellingen, 20 Psychiatrische Afdelingen van een Algemeen Ziekenhuis en Psychiatrische Universiteits Klinieken en zes instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, gegevens hebben aangeleverd.
Het gaat om de registratie van alle daadwerkelijk toegepaste vrijheidsbeperkende interventies, onafhankelijk van de juridische status van de patiënt. Toepassing van separatie, afzondering en fixatie dient altijd in Argus te worden geregistreerd. Dwangmedicatie wordt uitsluitend in Argus vastgelegd indien het gaat om parenterale medicatie (alle medicatie die de patiënt buiten het maagdarmkanaal wordt toegediend, bijvoorbeeld via een injectie of infuus) waarvan de toepassing gepaard gaat met fysiek verzet. Wanneer een interventie langer dan 24 uur wordt onderbroken, wordt de hervatting van de maatregel als een nieuwe interventie geregistreerd. TBS klinieken zijn in deze tabel niet meegenomen, forensische afdelingen binnen GGz instellingen wel.

De belangrijkste bevinding:

- Separatie is de meest gestarte vrijheidsbeperkende interventie in 2013 (50%), gevolgd door afzondering (22%) en insluiting in overige ruimtes (19%).

Tabel 2.27 Percentage cliënten bij wie een vrijheidsbeperkende interventie is gestart en het gemiddeld aantal interventies per patiënt in 2013

Interventies[1]	Cliënten met interventie (% van alle opgenomen patiënten)	Aantal interventies per cliënt (gerelateerd aan cliënten die interventie hebben gehad)
Separatie	7,1	2,1
Afzondering	2,1	2,4
Insluiting in overige ruimtes	1,9	3,1
Fixatie	1,6	3,4
Dwangmedicatie met fysiek verzet	2,2	2,6
Vocht/voeding met fysiek verzet	<0,1	8,0
Overige interventies	<0,1	3,0
Enigerlei interventie	**10,4**	**2,8**

[1] *Zie onderschrift tabel 2.26 voor de precieze betekenis van de interventies.*
Bron: Argus Landelijke Kerncijfers 2013.

In tabel 2.27 wordt weergegeven hoeveel opgenomen patiënten in de GGZ in 2013 geconfronteerd werden met een vrijheidsbeperkende interventie en hoeveel interventies deze patiënten gemiddeld kregen. De cijfers zijn afkomstig uit de Argus registratie.

De belangrijkste bevindingen:

- Een op de tien opgenomen patiënten kreeg in 2013 te maken met een vrij- heidsbeperkende interventie, waarbij separatie het meeste werd ingezet (7,1%).
- Onder de patiënten die te maken kregen met een vrijheidsbeperkende maatregel, werd in 2013 gemiddeld bijna drie keer een interventie gestart. Vocht/voeding met fysiek verzet werd gemiddeld het vaakst ingezet per patiënt (gemiddeld acht keer).

Tabel 2.28 Mediane duur (in uren) en percentuele verdeling in duurcategorieën (dagen) van vrijheidsbeperkende interventies in de GGZ in 2013

	Mediane[2] duur (in uren)	Duurcategorieën (dagen)				
Interventies[1]		<1	1 tot 7	7 tot 21	21 tot 42	Vanaf 42
Separatie	16,0	33,7	50,1	12,2	2,7	1,3
Afzondering	4,0	52,3	35,9	8,1	2,2	1,5
Insluiting in overige ruimtes	10,0	41,3	36,3	12,3	5,8	4,4
Fixatie (exclusief holding bij K&J)	9,5	65,7	22,7	5,9	2,1	3,7

1 *Zie onderschrift tabel 2.26 voor de precieze betekenis van de interventies.*

2 *De mediaan (middelste waarneming) geeft hier een representatiever beeld dan het rekenkundig gemiddelde. Veel interventies duren rond de 24 uur. Het kleine aantal interventies dat (veel) langer duurt, vertekent het rekenkundig gemiddelde sterk.*

Bron: Argus Landelijke Kerncijfers 2013.

Tabel 2.28 geeft de mediane duur in uren weer van de vrijheidsbeperkende interventies die in 2013 op opnameafdelingen van GGZ-instellingen[5] werden ingezet. Daarnaast wordt weergegeven hoe deze vrijheidsbeperkende interventies verdeeld zijn over verschillende duurcategorieën. De gegevens zijn afkomstig uit de Argus registratie.

De belangrijkste bevindingen:
- In 2013 hadden separaties de langste duur (mediaan 16 uur), gevolgd door insluiting in overige ruimtes (mediaan 10 uur) en fixaties (mediaan 9,5 uur)
- 66 procent van de fixaties en 52 procent van de afzonderingen zijn binnen een dag opgeheven. Van deze interventies is respectievelijk 94 procent en 96 procent binnen drie weken beëindigd.
- 34 procent van de separaties is binnen een dag beëindigd en 96 procent binnen drie weken.
- 41 procent van de insluitingen in overige ruimtes was binnen een dag beëindigd en 90 procent binnen drie weken.

5 53 instellingen, waaronder 27 geïntegreerde GGZ-instellingen, 20 Psychiatrische Afdelingen van een Algemeen Ziekenhuis en Psychiatrische Universiteits Klinieken en zes instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie.

3 Zorgaanbod: capaciteit en productie

Tabel 3.1 Aantal en soort GGZ-instellingen, 2000-2014[6]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Geïnt. GGZ-instellingen	30	32	35	39	41	40	41	37	33	31	31	29	30	31	33
APZ	12	10	8	5	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2
RIAGG	19	15	12	12	10	9	7	7	6	6	7	7	6	7	6
RIBW	26	24	24	23	21	21	20	20	19	20	22	23	23	23	22
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9	9	9	10	11	11
Verslavingszorginstellingen	20	20	20	18	14	13	13	11	11	9	11	12	12	12	13
Forensisch psychiatrische centra (voorheen TBS-klinieken)	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	7	7	7
Overige instellingen, o.a. jeugdzorg & kenniscentra	0	1	2	3	3	3	3	5	4	7	10	11	14	20	20
Totaal	**124**	**119**	**118**	**117**	**109**	**106**	**103**	**99**	**91**	**90**	**98**	**99**	**104**	**113**	**114**

Bron: GGZ Nederland.

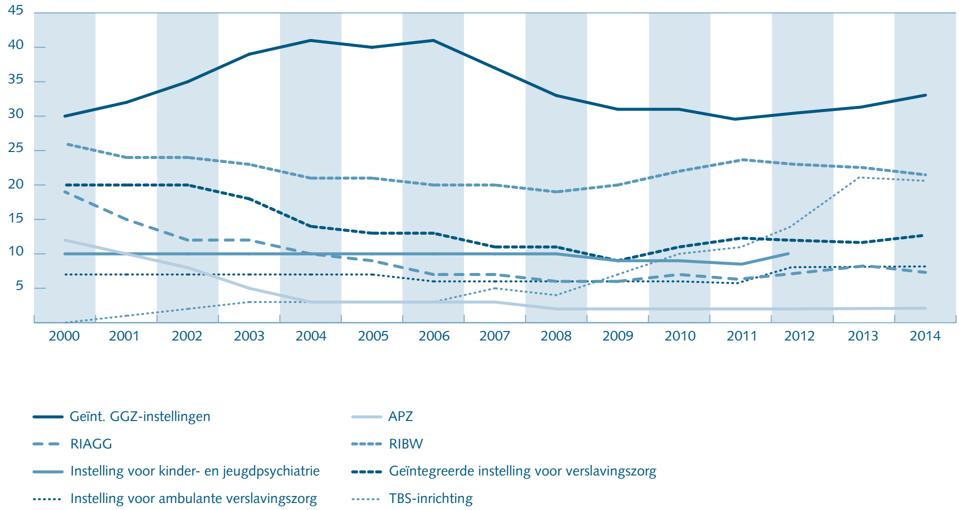
Tabel 3.1 geeft een beeld van het aantal lidinstellingen van GGZ Nederland in de periode 2000 - 2014. In grafiek 3.1 wordt dit visueel weergegeven.

De belangrijkste bevindingen:

- Rondom de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet en de toename van marktwerking in de zorg zijn er verschillende fusietrends waarneembaar tussen geïntegreerde GGZ-instellingen. Tot 2006 fuseerden veel GGZ instellingen binnen regio's, waardoor steeds meer geïntegreerde GGZ instellingen ontstonden. In 2007 en 2008 vonden er fusies plaats tussen geïntegreerde GGZ-instellingen in verschillende regio's, als gevolg waarvan er in die jaren een duidelijke afname van het aantal geïntegreerde GGZ-instellingen waarneembaar is. Vanaf 2009 stabiliseert het aantal geïntegreerde GGZ-instellingen rond de 30, om in 2014 weer licht te stijgen tot 33.
- Het aantal zelfstandige APZ'en neemt vooral in de periode 2000-2004 af, waarna het aantal zich stabiliseert. Bij de RIAGG's is tussen 2000 en 2006 sprake van een daling, waarna ook dit aantal zich stabiliseert. Het aantal RIBW's neemt in de periode 2000-2008 af, om daarna weer licht te stijgen.
- Het aantal instellingen voor verslavingszorg en het aantal Forensisch psychiatrische centra is de laatste jaren relatief constant.

6 Het beeld is niet compleet, aangezien de PAAZ'en en PUK'en, de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten en andere organisaties die niet aangesloten zijn bij GGZ Nederland niet in de tabel zijn opgenomen.

Grafiek 3.1 Aantal en soort GGZ-instellingen, 2000-2014



Bron: GGZ Nederland.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

In het volgende deel zijn zeven tabellen opgenomen die zijn samengesteld op basis van data-analyses uitgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

De cijfers zijn gebaseerd op gebudgetteerde instellingen waaronder de geïntegreerde GGZ-instellingen, de zelfstandig gebleven APZ'en, RIAGG's, RIBW's, de kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuizen, de verslavingsklinieken, ambulante verslavingszorg, de PAAZ'en, de PUK'en (sinds 2008), forensische GGZ (voor zover deze niet strafrechtelijk is en door het Ministerie van Justitie wordt gefinancierd) en landelijk werkende GGZ-instellingen voor zover deze instellingen onder de AWBZ en/of de Zvw vallen. In de tabellen zijn geen cijfers meegenomen over vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Daarvoor zijn andere bronnen geraadpleegd. Vanaf 2008 zijn de data van de NZa betreffende de GGZ opgesplitst in AWBZ en Zvw gefinancierde zorg. In GGZ in Tabellen worden de cijfers over de AWBZ en Zvw afzonderlijk gepresenteerd, maar waar mogelijk ook samengenomen om vergelijking met voorgaande jaren mogelijk te maken.

De wijze van bekostiging van de GGZ is in de afgelopen jaren gewijzigd. Sinds 2010 wordt de intramurale AWBZ-zorg bekostigd op basis van zorgzwaartepakketten in plaats van de budgetparameters 'bedden en verpleegdagen'.[1] In 2013 is ook de bekostiging van de tweedelijns curatieve GGZ gewijzigd (bekostiging op basis van DBC's in plaats van de budgetparameters). Dit betekent dat er wat betreft de AWBZ vanaf 2010, en wat betreft de Zvw vanaf 2013, geen update gegeven kan worden in termen van de 'oude' parameters. Waar mogelijk wordt in plaats daarvan andere informatie gepresenteerd (bijvoorbeeld van het aantal verblijfsdagen per zorgzwaartepakket en het aantal verblijfsdagen geregistreerd via DBC's).

Opgemerkt dient te worden dat in 2015 opnieuw stelselwijzigingen hebben plaatsgevonden. Aangezien deze editie van GGZ in tabellen betrekking heeft op cijfers tot en met 2014, wordt hier niet inhoudelijk op ingegaan.

1 Alleen voor het circuit kinderen en jeugdigen worden de oude bekostigingsparameters nog gehanteerd en is er dus geen informatie over zorgzwaartepakketten.

Tabel 3.2 Feitelijke intramurale capaciteit GGZ-instellingen, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw financiering, 2008-2012

	2008		2009		2010		2011		2012***	
	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw
Bedden	9870	13080	9870	13391	*	13520	*	13.355	*	12.336
Beschermd wonen	12469	124**	13891	103**	*	38	*	35	*	37
Totaal	**22339**	**13204**	**23761**	**13494**	*	**13558**	*	**13.390**	*	**12.373**

* *Vanaf 2010 worden er voor de AWBZ gefinancierde GGZ andere bekostigingsparameters gebruikt en niet meer geregistreerd in termen van bedden en verpleegdagen. Alleen voor het circuit kinderen en jeugdigen zijn deze gegevens wel voorhanden.*

** *Vanwege administratieve redenen is van een instelling de capaciteit voor beschermd wonen in de Zvw gebleven.*

*** *2012 is het laatste jaar waarover de NZa beschikt over deze gegevens.*

Voor een overzicht van de feitelijke intramurale capaciteit in de periode 1993-2007 wordt verwezen naar GGZ in tabellen 2011.

Bron: NZa.

In tabel 3.2 wordt de feitelijke intramurale capaciteit (de afgesproken capaciteit) van GGZ-instellingen weergegeven.

De belangrijkste bevindingen:

- De totale feitelijke Zvw gefinancierde intramurale capaciteit nam tussen 2008 en 2010 (licht) toe, daarna is sprake van een steeds sterker wordende dalende trend.

Tabel 3.3 Productie GGZ-instellingen (uitgedrukt in verpleegdagen, deeltijdbehandelingen, dagen beschermd wonen en ambulante contacten), uitgesplitst naar AWBZ en Zvw, 2008 – 2011 (x 1.000)**

	2008		2009		2010		2011	
	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw
Verpleegdagen	2.961	4.570	3.457	4.494	*	4.516	*	4.390
Deeltijdbehandelingen	0	1.513	0	1.301	*	1.234	*	1.133
Dagen beschermd wonen	4.101	12	4.728	9	*	6	*	6
Ambulante contacten	0	13.716	**0**	15.742	*	15.103	*	15.873

* *Vanaf 2010 worden er voor de AWBZ gefinancierde GGZ andere bekostigingsparameters gebruikt en niet meer geregistreerd in termen van bedden en verpleegdagen. Alleen voor het circuit kinderen en jeugdigen zijn deze gegevens wel voorhanden.*

** *Deze cijfers kunnen voor 2012 niet geupdate worden doordat 29 instellingen niet langer data van deze parameters aanleveren aan de NZa.*

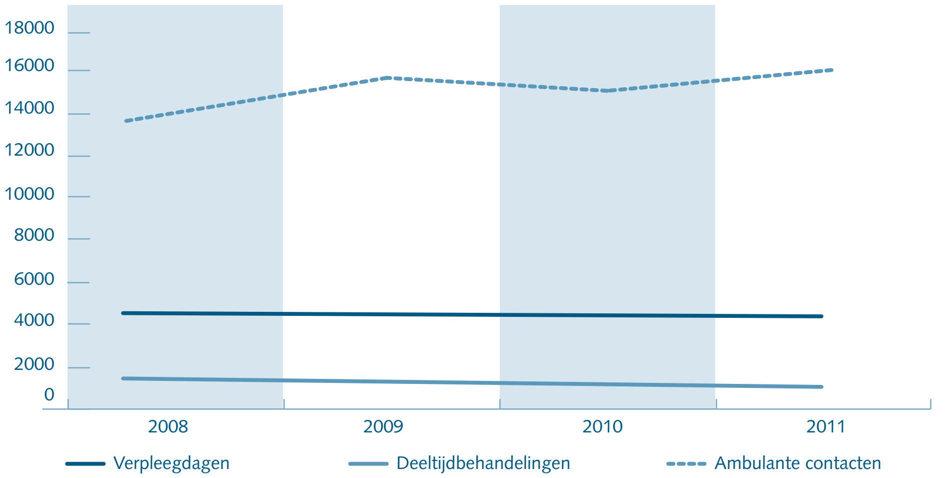
Bron: NZa.

In tabel 3.3 worden de productiecijfers weergegeven die de gezamenlijke GGZ-instellingen vanaf 2008 hebben gerealiseerd (Vanaf 2010 worden er voor de AWBZ gefinancierde GGZ andere bekostigingsparameters gebruikt uitgezonderd het circuit Kinderen en jeugd, en niet meer geregistreerd in termen van bedden en verpleegdagen. Voor de AWBZ productiecijfers vanaf 2010 wordt verwezen naar Tabel 3.5) De productiecijfers zijn uitgedrukt in verpleegdagen, deeltijdbehandelingen, dagen beschermd wonen en ambulante contacten. 'Ambulante contacten' betreffen de ambulante en poliklinische contacten van de APZ'en, de RIAGG's, de PAAZ'en, PUK'en (sinds 2008) en de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie. De ambulante contacten van de RIBW zijn hier niet in opgenomen. Het werk dat wordt verricht door de afdelingen voor dienstverlening en preventie is niet in de tabel opgenomen.

De belangrijkste bevindingen op basis van de cijfers in tabel 3.3 en grafieken 3.3a en 3.3b zijn:

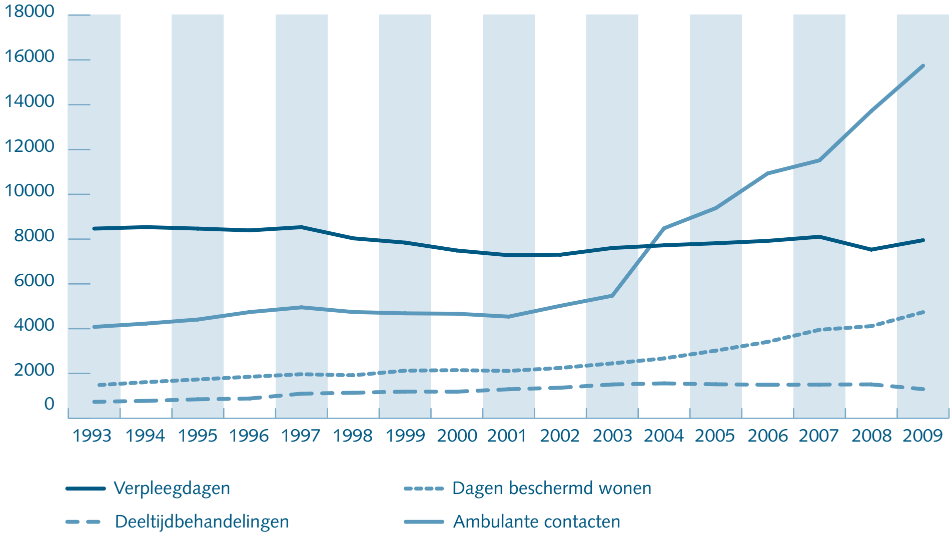
- De Zvw gefinancierde klinische productie daalt tussen 2008 en 2011 met 3,9 procent.
- Het aantal Zvw gefinancierde ambulante contacten neemt tussen 2008 en 2011 toe met 15,7 procent.
- In de periode 1993 – 2009 vertoont de klinische productie eerst een dalende trend tot 2001, gevolgd door een lichte stijging tot en met 2007. 2008 wijkt af van deze trend met een afname in de klinische productie. In 2009 stijgt de klinische productie wederom tot het niveau van 2006.
- De dagen Beschermd Wonen zijn meer dan verdrievoudigd in de periode 1993-2009.

Grafiek 3.3a Productie Zvw gefinancierde zorg GGZ-instellingen (uitgedrukt in verpleegdagen, deeltijdbehandelingen en ambulante contacten), 2008-2011 (x1000)



Bron: Nza.

Grafiek 3.3b Productie GGZ-instellingen (uitgedrukt in verpleegdagen, deeltijdbehandelingen, dagen beschermd wonen en ambulante contacten), 1993-2009 (x 1.000)



Voor een overzicht van de precieze getallen van de jaren voor 2008 wordt verwezen naar GGZ in Tabellen 2011.
Bron: NZa.

Tabel 3.4 Zvw gefinancierde verblijfsdagen van de in dat jaar geopende DBC's

	2010	2011	2012
Verblijfsdagen (Zvw)	4.168.036	3.932.692	3.635.396

Bron: NZa, 2014.

De cijfers van tabel 3.4 laten zien dat het aantal Zvw gefinancierde verblijfsdagen tussen 2010 en 2011 daalde met 5,6 procent en tussen 2011 en 2012 met 7,6 procent.

Tabel 3.5 Volume ZZP GGZ, uitgedrukt in dagen (x 1.000) en percentages, 2010 - 2013

	2010		2011		2012		2013	
	Dagen	% van respect. Totaal aantal B en C dagen	Dagen	% van respect. Totaal aantal B en C dagen	Dagen	% van respect. Totaal aantal B en C dagen	Dagen	% van respect. Totaal aantal B en C dagen
ZZP GGZ-1B	55	1,8	15	0,5	6	0,2	2	0,1
ZZP GGZ-2B	204	6,6	95	3,2	51	1,8	22	0,8
ZZP GGZ-3B	521	17	405	13,7	315	10,8	197	7,1
ZZP GGZ-4B	538	17,5	507	17,2	460	15,8	410	14,8
ZZP GGZ-5B	995	32,4	1.107	37,5	1.197	41,1	1.249	45,1
ZZP GGZ-6B	375	12,2	389	13,2	380	13,1	360	13,0
ZZP GGZ-7B	382	12,5	432	14,6	502	17,2	529	19,1
Totaal ZZP GGZ-B	**3.070**	**100**	**2.949**	**100**	**2.911**	**100**	**2.767**	**100**
ZZP GGZ-1C	533	8,6	287	4,2	158	2,2	76	1,0
ZZP GGZ-2C	1.494	24,2	1.283	18,8	960	13,2	544	7,5
ZZP GGZ-3C	2.281	36,9	2.901	42,5	3.290	45,3	3.101	42,8
ZZP GGZ-4C	1.076	17,4	1.397	20,5	1.665	22,9	1.931	26,7
ZZP GGZ-5C	640	10,4	808	11,9	1.028	14,2	1.388	19,2
ZZP GGZ-6C	155	2,5	141	2,1	160	2,2	197	2,7
Totaal ZZP GGZ-C	**6.178**	**100**	**6.817**	**100**	**7.263**	**100**	**7.238**	**100**
Totaal ZZP GGZ	**9.248**		**9.766**		**10.173**		**10.005**	

Bron: NZa.

In Tabel 3.5 wordt de productie van GGZ-instellingen in Zorgzwaartepakketten (ZZP) weergegeven, uitgedrukt in dagen. De zorgzwaartepakketten lopen op wat betreft zorgzwaarte.

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal ZZP-B dagen (pakketten voor voortgezet verblijf) daalde tussen 2010 en 2013 met 9,9 procent.
- Het aantal ZZP-C dagen (pakketten voor beschermd wonen) steeg tussen 2010 en 2013 met 17,2 procent. Deze groei vond plaats tussen 2010 en 2012; tussen 2012 en 2013 was er sprake van een zeer lichte afname van 0,3 procent.
- Het totale aantal ZZP dagen steeg tussen 2010 en 2013 met afgerond 8 procent. Ook wat betreft dit ‘overall’ cijfer vond de toename plaats tussen 2010 en 2012, om in 2013 licht te dalen (-1,7%).
- Het aandeel van de zwaardere pakketdagen (vanaf pakket 4) wordt zowel bij de B- als de C-pakketdagen relatief groter.

Tabel 3.6 Intramurale Zvw en AWBZ gefinancierde intramurale capaciteit van de instellingen die deelnemen aan de Landelijke monitor intramurale capaciteit, 2012 - 2013

	Plaatsen* 2012	Plaatsen 2013	% groei
Totaal	27.199	26.325	-3,2%
Zvw	7.322	6.838	-6,6%
AWBZ-B Voortgezet verblijf	6.677	6.427	-3,7%
AWBZ-C Beschermd wonen	12.319	12.321	0,0%
AWBZ-overig **	881	739	-16,1%

* *Plaatsen berekend volgens de formule dat 365 dagen gelijk staan aan één plaats.*

** *Zoals AWBZ gefinancierde dagen voor Kinderen en jeugd en sectorvreemde dagen.*

Op basis van de data van de 57 instellingen die zowel aan de eerste als de tweede meting van de Landelijke monitor intramuale GGZ deelnamen.

Bron: Trimbos-instituut, LMIG tweede meting - 2013.

Met de Landelijke monitor intramurale GGZ (LMIG) worden jaarlijks cijfers verzameld over de ontwikkelingen van de intramurale GGZ in Nederland. Inmiddels zijn er twee metingen verricht. Op basis van de data van de instellingen die zowel aan de eerste als aan de tweede meting deelnamen (57 instellingen) zijn de ontwikkelingen van de Zvw en AWBZ gefinancierde intramurale capaciteit in kaart gebracht. Deze cijfers worden weergegeven in tabel 3.6.

De belangrijkste bevindingen luiden als volgt:
- De totale Zvw en AWBZ gefinancierde intramurale GGZ capaciteit is tussen 2012 en 2013 afgenomen.
- De voornaamste daling vond plaats bij de Zvw gefinancierde capaciteit. Ook de voortgezet verblijf capaciteit (AWBZ B-pakketdagen) is dalende. De capaciteit van het beschermd wonen (AWBZ C-pakketdagen) bleef tussen 2012 en 2013 stabiel bij deze groep instellingen. 'AWBZ-overig' is een 'restcategorie'. Hoewel de daling hier verhoudingsgewijs het grootst is, betreft het in absolute zin maar een klein aantal plaatsen.

Tabel 3.7 Productie GGZ-instellingen circuit kinderen en jeugdigen, 1993-2011 (x 1.000)**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Verpleegdagen	317	333	351	365	360	358	434	387	396	427
Deeltijdbehandelingen	51	54	70	84	77	98	111	118	138	156
Ambulante contacten	606	630	663	712	668	591	594	559	491	515
	2003	**2004**	**2005**	**2006**	**2007***	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	
Verpleegdagen	479	495	501	523	580	621	647	644	679	
Deeltijdbehandelingen	175	187	212	254	-	340	333	399	325	
Ambulante contacten	636	835	872	1.013	1.289	1.565	1.797	1.925	2.122	

* *Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal deeltijdbehandelingen in 2007.*

** *Deze cijfers kunnen voor 2012 niet geupdate worden doordat 29 instellingen niet langer data van deze parameters aanleveren aan de NZa.*

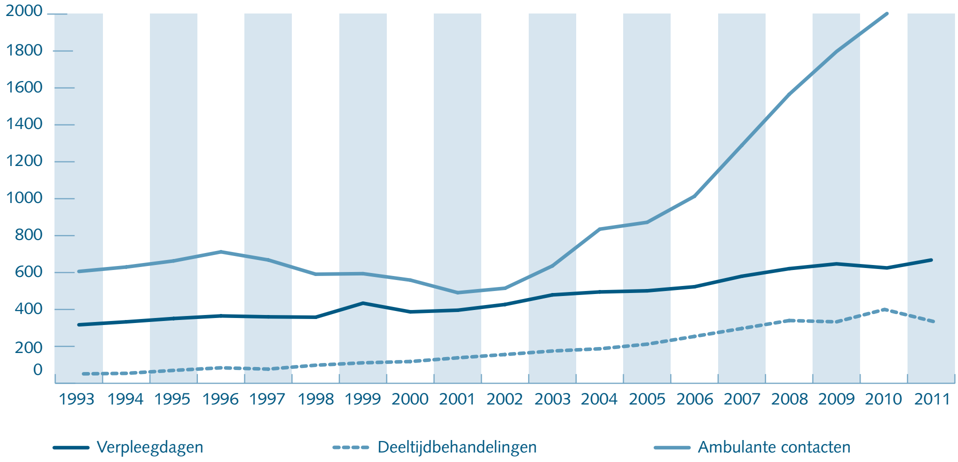
Bron: NZa.

In tabel 3.7 zijn de productiecijfers van de zelfstandige klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie en van de kinder- en jeugdafdelingen van de APZ'en en RIAGG's in kaart gebracht. In grafiek 3.7 worden deze cijfers gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen:

- Cliënten in dit circuit worden vooral ambulant geholpen. Na een daling vanaf 1996, is het aantal ambulante contacten sinds 2001 ruim verviervoudigd. De opmerkelijke stijging in 2004 (31,3 procent) heeft vermoedelijk administratieve oorzaken. Volgens de NZa zijn vanaf 2004 ook telefonische contacten meegeteld in de registratie van ambulante contacten.
- Vanaf 2006 groeit het aantal ambulante contacten sneller.
- Ook de klinische zorg en het aantal deeltijdbehandelingen zijn sinds 1993 toegenomen (met voor de deeltijdbehandelingen wel een daling in 2011 ten opzicht van 2010).

Grafiek 3.7 Productie GGZ-instellingen circuit kinderen en jeugdigen, 1993-2011 (x 1.000)



Bron: NZa.

Tabel 3.8 Productie GGZ-instellingen circuits volwassenen en ouderen, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw, 2008-2011 (x 1.000)**

	2008		2009		2010		2011	
	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw
Verpleegdagen	2.821	3.269	3.248	3.244	*	3.283	*	3.150
Deeltijdbehandelingen	0	1.070	0	881	*	818	*	741
Dagen beschermd wonen	4.101	12	4.728	9	*	6	*	6
Ambulante contacten	0	10.858	0	12.413	*	13.178	*	13.752

* *Vanaf 2010 wordt er voor de AWBZ gefinancierde GGZ van dit circuit andere bekostigingsparameters gebruikt en niet meer geregistreerd in termen van bedden en verpleegdagen.*

** *Deze cijfers kunnen voor 2012 niet geupdate worden doordat 29 instellingen niet langer data van deze parameters aanleveren aan de NZa.*

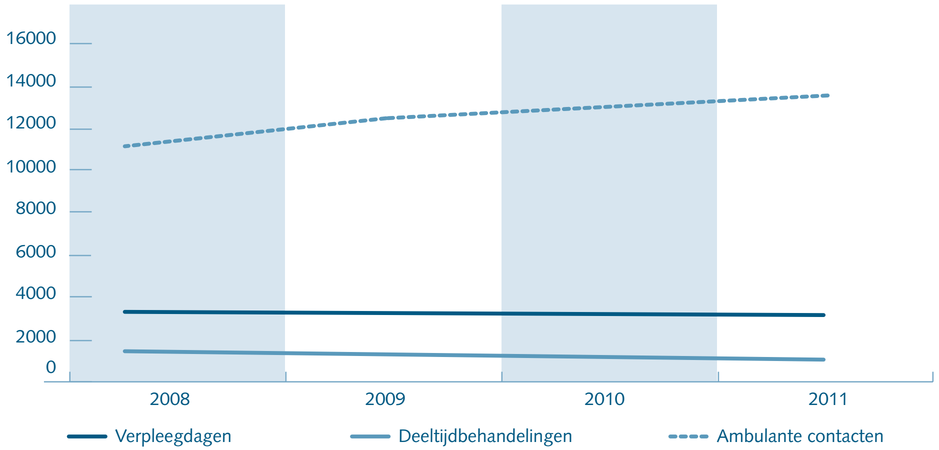
Bron: NZa.

In tabel 3.8 worden de productiecijfers gepresenteerd, uitgesplitst naar Zvw en AWBZ gefinancierde zorg, van de circuits volwassenen en ouderen die deel uitmaken van geïntegreerde GGZ-instellingen en van zelfstandig gebleven APZ'en, RIAGG's, RIBW's, PAAZ'en en PUK'en. De productie van de afdelingen voor forensisch-psychiatrische patiënten (FPA's en FPK's) maken ook onderdeel hiervan uit (voor zover deze niet door het Ministerie van Justitie wordt gefinancierd).

De belangrijkste bevindingen op basis van de cijfers van tabel 3.8 en grafieken 3.8a en 3.8b zijn:

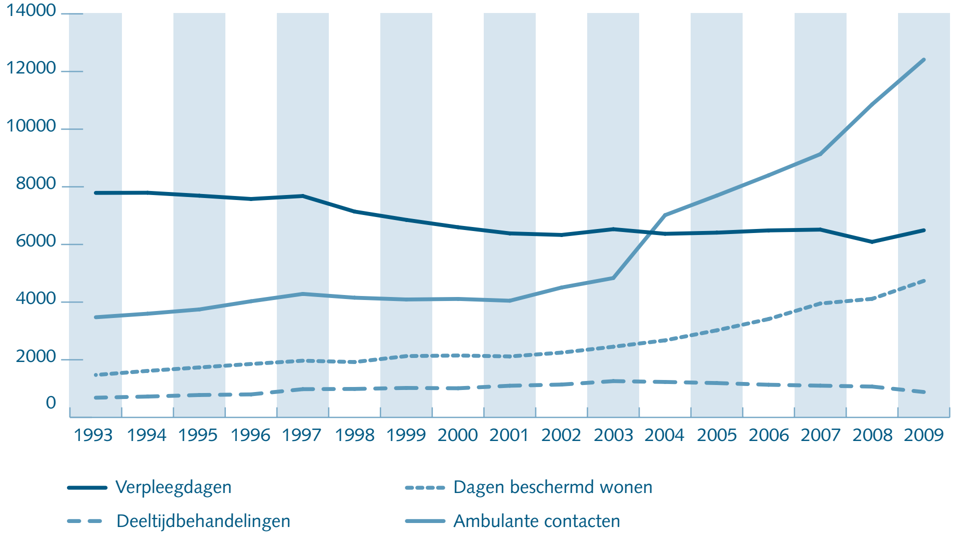
- Het aantal Zvw gefinancierde geproduceerde verpleegdagen is sinds 2008 gedaald met 3,6 procent.
- De Zvw gefinancierde ambulante contacten namen tussen 2008 en 2011 met ruim een kwart toe.
- De productie van klinische zorg fluctueert in de periode 1993 - 2009 enigszins met soms een daling en soms groei. Van 2005 tot en met 2007 was het aantal verpleegdagen relatief stabiel, gevolgd door een daling in 2008 met 6,5 procent en een stijging in 2009 van 6,6 procent ten opzichte van 2008.
- Het aantal dagen beschermd wonen is in de periode 1993 - 2009 meer dan verdrievoudigd.

Grafiek 3.8a Productie Zvw gefinancierde zorg GGZ-instellingen circuits volwassenen en ouderen 2008-2011 (x 1.000)



Bron: NZa.

Grafiek 3.8b Productie GGZ-instellingen circuits volwassenen en ouderen, 1993-2009 (x 1.000)



Voor een overzicht van de precieze getallen van de jaren voor 2008 wordt verwezen naar GGZ in Tabellen 2011.
Bron: NZa.

Tabel 3.9 Productie van verslavingszorg, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw gefinancierde GGZ, 2008-2011, (x1.000)**

	2008		2009		2010		2011	
	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw	AWBZ	Zvw
Verpleegdagen	18	743	43	701	*	702	*	710
Deeltijdbehandelingen	0	93	0	82	*	76	*	66

* *Vanaf 2010 worden er voor de AWBZ gefinancierde GGZ van dit circuit andere bekostigingsparameters gebruikt en niet meer geregistreerd in termen van bedden en verpleegdagen.*

** *Deze cijfers kunnen voor 2012 niet geupdate worden doordat 29 instellingen niet langer data van deze parameters aanleveren aan de NZa.*

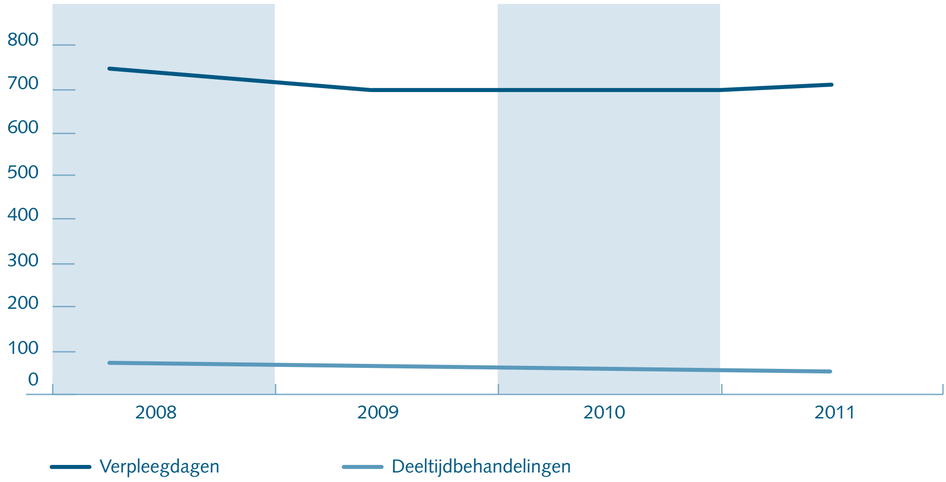
Bron: NZa.

In tabel 3.9 wordt het aantal verpleegdagen en deeltijdbehandelingen, uitgesplitst naar AWBZ en Zvw gefinancierde zorg, van de zelfstandige instellingen voor verslavingszorg en van de afdelingen voor verslavingszorg van geïntegreerde GGZ-instellingen weergegeven.

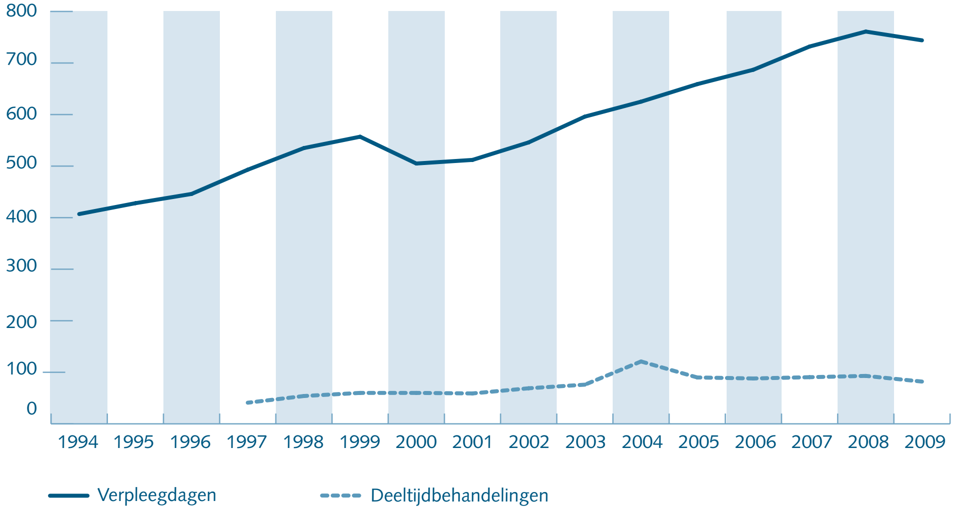
De belangrijkste bevindingen op basis van tabel 3.9 en grafieken 3.9a en 3.9b zijn:

- Het aantal Zvw gefinancierde verpleegdagen nam tussen 2008 en 2011 met 4,5 procent af. Tussen 2008 en 2009 vond de relatief grootste daling plaats. Daarna steeg het aantal verpleegdagen licht.
- Verreweg het grootste deel van de verpleegdagen voor het circuit voor verslavingszorg door de Zvw gefinancierd wordt (98 procent in 2008, 94 procent in 2009).

Grafiek 3.9a Productie van de Zvw gefinancierde verslavingszorg, 2008-2011 (x 1.000)



Grafiek 3.9b Productie van verslavingszorg, 1994-2009 (x 1.000)



Voor een overzicht van de precieze getallen van de jaren voor 2008 wordt verwezen naar GGZ in Tabellen 2011.
Bron: NZa.

Tabel 3.10 Aantal unieke personen en aantal contacten bij instellingen voor ambulante verslavingszorg in de periode 2007-2013[2], uitgesplitst naar primaire problematiek

	2007		2008		2009		2010	
	Unieke cliënten	Contacten	Unieke cliënten	Contacten	Unieke cliënten	Contacten	Unieke cliënten	Contacten
Alcohol	30.713	616.521	32.486	634.850	33.127	779.944	33.699	822.542
Drugs	31.145	673.924	32.217	738.665	32.501	907.824	33.264	975.407
Overige middelen*	4.323	49.490	4.416	48.594	4.560	66.191	5.092	76.535
Totaal	66.204	1.339.935	69.119	1.422.109	70.188	1.753.959	72.025	1.874.484

	2011		2012		2013	
	Unieke cliënten	Contacten	Unieke cliënten	Contacten	Unieke cliënten	Contacten
Alcohol	33.384	863.772	31.257	855.935	30.345	960.454
Drugs	32.603	993.871	30.985	1.049.389	30.382	1.116.840
Overige middelen*	5.117	85.028	4.788	86.309	4.952	95.052
Totaal	71.104	1.942.671	67.048	2.021.093	65.679	2.172.346

* *Hieronder vallen ook drugs als qat, lsd en ketamine.*
Bron: LADIS (IVZ).

In tabel 3.10 wordt een overzicht gegeven van het aantal unieke cliënten en het aantal ambulante contacten bij grote verslavingszorginstellingen, de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's) en de afdelingen voor verslavingszorg van de grote GGZ- instellingen tussen 2007 en 2013. In grafiek 3.10 worden de productiecijfers over de gehele periode 2000-2013 gevisualiseerd.

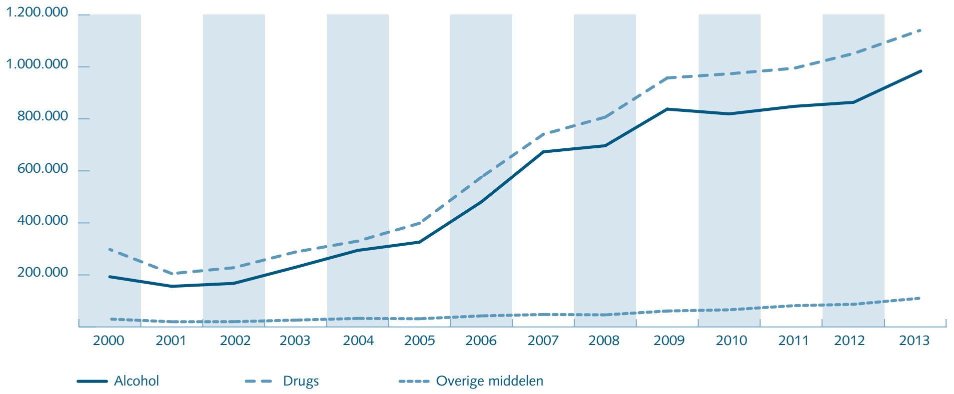
De cijfers over de gehele periode 2000-2013 werden aangeleverd door het IVZ (Stichting Informatie Voorziening Zorg) en zijn verkregen door analyses op het databestand LADIS. Door nieuwe, meer nauwkeurige berekeningsmethoden, waarmee alleen het aantal contacten vanaf 2007 is gecalculeerd, is de periode 2000-2006 niet vergelijkbaar met de periode 2007-2011. Daarom is ervoor gekozen alleen de exacte cijfers weer te geven over het aantal contacten in de meest recente jaren. Daarbij is het belangrijk aan te geven dat de aantallen tot 2007 waarschijnlijk een onderschatting zijn van het totaal.

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal cliënten dat wordt behandeld voor problemen met alcohol stijgt in de periode 2007-2010, om vanaf 2011 te dalen. Het aantal contacten voor problemen met alcohol stijgt in de gehele periode, met uitzondering van 2012. Tussen 2007-2013 neemt het aantal contacten met 56 procent toe.

2 De cijfers in de periode 2007-2013 wijken af van voorgaande edities van GGZ in Tabellen, omdat cijfers van de verslavingsreclassering niet meer zijn meegenomen.

Grafiek 3.10 Productie van instellingen voor ambulante verslavingszorg, 2000-2013*



Door nieuwe, meer nauwkeurige berekeningsmethoden, waarmee alleen het aantal contacten vanaf 2007 is gecalculeerd, is de periode 2000-2006 niet vergelijkbaar met de periode 2007-2012.
Bron: LADIS (IVZ).

- Het aantal cliënten dat behandeld wordt voor problemen met drugs fluctureert tussen 2007 en 2013. Het aantal contacten in verband met drugsproblemen nam wel consistent toe: tussen 2007 en 2013 is er een stijging in het aantal contacten waargenomen van 66 procent.
- Het totaal aantal contacten in de ambulante verslavingszorg is in de gehele periode 2000-2013 toegenomen (Grafiek 3.10). De sprong omlaag tussen 2000 en 2001 is volgens IVZ deels toe te schrijven aan een eerdere wijziging van het registratie-systeem. Tussen 2007 en 2013 stijgt het totaal aantal contacten met 62 procent.
- Relatief weinig cliënten worden in de ambulante verslavingszorg behandeld voor problemen met andere middelen dan alcohol of drugs. Tussen 2007 en 2013 is met een stijging van 92 procent de toename van het aantal contacten in deze categorie in verhouding vrij sterk.

Tabel 3.11a Capaciteit Forensisch Psychiatrische Centra, 1995-2013

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Plaatsen	650	803	866	970	1.175	1.183	1.222	1.264	1.303	1.401
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	
Plaatsen	1.502	1.703	1.836	1.944	2.084	2.156	2.067	2.077	1.858	

Bron: DJI.

Tabel 3.11b Bezetting Forensisch Psychiatrische Centra, 1995-2013

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Plaatsen	624	705	853	935	1.003	1.109	1.164	1.235	1.324	1.420
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	
Plaatsen	1.494	1.700	1.839	1.883	2.008	1.977	1.874	1.768	1.704	

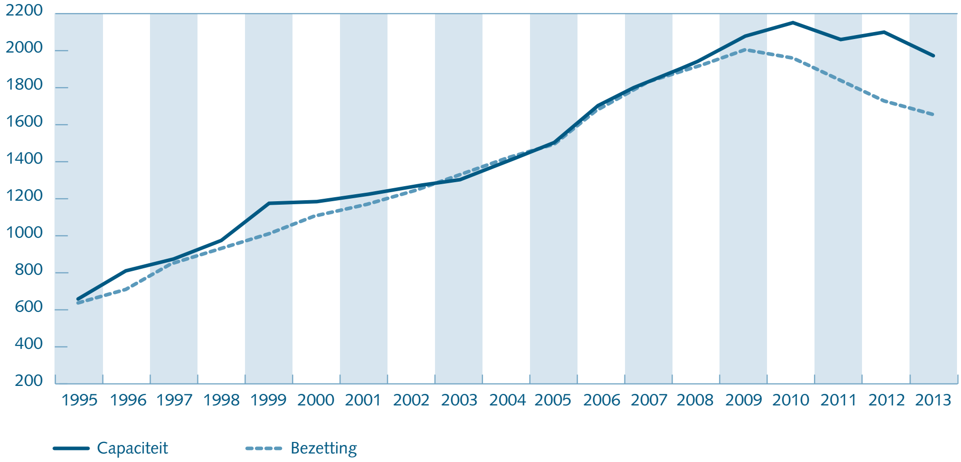
Bron: DJI.

In tabel 3.11a wordt een overzicht gegeven van de capaciteit (aantal plaatsen) van Forensisch Psychiatrische Centra (voorheen TBS-klinieken) in de periode 1995-2012. Tabel 3.11b laat het aantal feitelijk bezette plaatsen in Forensisch Psychiatrische Centra zien tussen 1995 en 2012. In grafiek 3.11 worden beide gevisualiseerd.
In 2011 waren er in Nederland 12 Forensisch Psychiatrische Centra. Twee van deze centra vallen onder directe aansturing en verantwoordelijkheid van de Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen (FPC Oostvaarderskliniek en FPC Veldzicht). Dit zijn nog de enige twee rijksklinieken, veel klinieken zijn particulier.

De belangrijkste bevindingen:

- De capaciteit van de Forensisch Psychiatrische Centra is in de periode 1995-2010 toegenomen van 650 naar 2.156 plaatsen (ruim een verdrievoudiging), om in de jaren daarna weer licht te dalen naar 2.077 in 2012. Hierbij moet worden aangemerkt dat in 2012 een deel van de capaciteit (101 plaatsen) is omgezet in reservecapaciteit, omdat er sinds 2008 een daling in het aantal opleggingen TBS met bevel tot verpleging is opgetreden. In 2013 is er geen sprake meer van reservecapaciteit en is het aantal plaatsen verder gedaald.
- Het aantal bezette bedden neemt in de periode 1995-2009 toe van 624 naar 2.008
- plaatsen (een verdrievoudiging), om vervolgens weer te dalen naar 1.704 in 2013.
- Als gevolg van de hoge druk op de capaciteit is in de jaren 2003, 2004 en 2007 een
- hogere bezetting gerealiseerd dan conform de productieafspraken was vastgesteld.

Grafiek 3.11 Capaciteit en bezetting van Forensisch Psychiatrische Centra, 1995-2013



Bron: DJI.

Tabel 3.12 Samengestelde capaciteit van de voorzieningen voor maatschappelijke opvang, 2005 - 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Maatschappelijke Opvang							
Nachtopvang	1393	1403	1783	1794	1610	1576	1825
24-uurs woonvoorziening	3570	3461	3780	4165	4380	4374	4647
24-uurs meerzorg	709	802	749	811	664	548	560
24-uur (crisis)opvang	784	718	903	879	948	996	1049
Dagopvang	2616	2701	3047	3687	3679	2709	3480
Totaal	**9072**	**9085**	**10262**	**11336**	**11281**	**10203**	**11561**
Vrouwenopvang							
24-uurs woon partieel	822	923	904	963	854	757	614
24-uurs woonvoorziening	950	916	949	1033	1048	1008	916
24-uurs (crisis)opvang	277	270	305	358	363	389	465
Nachtopvang	43	43	23	27	44	49	52
Dagopvang	86	131	210	210	210	239	199
Totaal	**2178**	**2283**	**2391**	**2591**	**2519**	**2442**	**2246**
Maatschappelijke opvang/vrouwenopvang							
Begeleid wonen	3837	3908	4938	6355	4963	6642	6730
Sociale activering	-	20	30	460	302	815	746
Preventieprojecten	-	28	111	278	569	1225	775
Totaal	**3837**	**3956**	**5079**	**7093**	**5834**	**8682**	**8251**

Bron: Monitor Maatschappelijke opvang 2008 & 2012; Federatie Opvang, 2013.

Tabel 3.12 geeft de capaciteit van de voorzieningen voor maatschappelijke opvang weer voor de periode 2005-2011. De meeste instellingen, bijna 100 procent, geven op dit niveau de capaciteit aan.

De belangrijkste bevindingen:

- Het vergelijken van de verschillende jaren moet met de nodige voorzichtigheid gebeuren, omdat de cijfers gebaseerd zijn op schattingen van de totale samengestelde capaciteit.
- Kijkend naar de totalen, is bij elke voorzieningensoort een stijging te zien tussen 2005-2008, en een daling in 2009. Bij de vrouwenopvang zet deze daling tot en met 2011 door, terwijl de andere totalen in 2011 weer zijn toegenomen. In de vrouwenopvang worden de capaciteiten steeds meer op basis van een systeem opgegeven in plaats van aantal bedden. Dit kan de daling in de residentiële opvang van de vrouwenopvang verklaren. Een systeem wordt vaak opgevat als een ouder met één of meerdere kinderen, welke voorheen elke apart werden geregistreerd.

4 Kosten en financiering

Tabel 4.1 Uitgaven aan zorg, 2003-2013 (x 1 mln euro)

	2003	*%BBP*	2004	*%BBP*	2005	*%BBP*	2006	*%BBP*	2007	*%BBP*	2008	*%BBP*
Gezondheidszorg	36.183	*7,2%*	37.693	*7,2%*	39.010	*7,2%*	40.688	*7,1%*	43.306	*7,1%*	46.553	*7,3%*
GGZ	3.536	*0,7%*	3.799	*0,7%*	4.099	*0,8%*	4.290	*0,7%*	4.634	*0,8%*	4.899	*0,8%*
Welzijnszorg	24.571	*4,9%*	25.076	*4,8%*	25.821	*4,8%*	27.026	*4,7%*	28.262	*4,6%*	30.175	*4,7%*
Beleids- en beheersorganisaties	2.443	*0,5%*	2.613	*0,5%*	2.783	*0,5%*	3.007	*0,5%*	3.074	*0,5%*	3.026	*0,5%*
Totale zorg	63.197	*12,5%*	65.381	*12,6%*	67.614	*12,5%*	70.722	*12,3%*	74.643	*12,3%*	79.755	*12,5%*

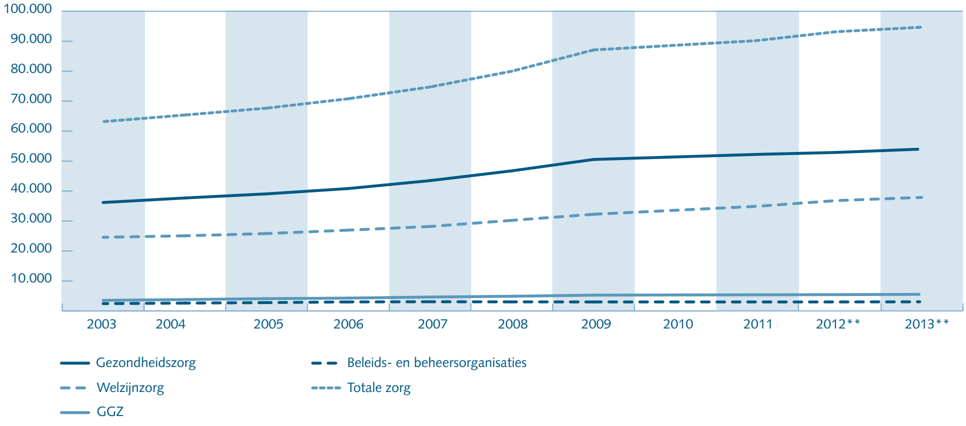
	2009	*%BBP*	2010	*%BBP*	2011	*%BBP*	2012*	*%BBP*	2013*	*%BBP*
Gezondheidszorg	48.688	*7,9%*	50.831	*8,0%*	51.684	*8,0%*	52.787	*8,2%*	53.850	*8,4%*
GGZ	5.273	*0,9%*	5.401	*0,9%*	5.665	*0,9%*	5.820	*0,9%*	5.999	*0,9%*
Welzijnszorg	32.195	*5,2%*	33.495	*5,3%*	34.444	*5,4%*	36.771	*5,7%*	36.760	*5,7%*
Beleids- en beheersorganisaties	3.001	*0,5%*	3.016	*0,5%*	3.022	*0,5%*	3.210	*0,5%*	3.291	*0,5%*
Totale zorg	83.884	*13,6%*	87.342	*13,8%*	89.330	*13,9%*	92.767	*14,5%*	93.901	*14,6%*

* *Voorlopige cijfers.*
Bron: CBS Statline, 2014.

In Tabel 4.1 worden de uitgaven aan zorg in de periode 2003-2013 gepresenteerd. In Grafiek 4.1 wordt de tabel gevisualiseerd.

De belangrijkste bevindingen zijn:
- In 2013 kwam de uitgave aan de totale zorgsector overeen met 14,6 procent van het Bruto Binnenlands Product.
- Gezondheidszorg: In 2013 bedroegen de kosten van de gezondheidszorg bijna 54 miljard. Hiervan werd 11 procent (5,99 miljard euro) uitgegeven aan de GGZ.
- GGZ: Het aandeel van de GGZ-uitgaven in de totale gezondheidszorguitgaven is in de laatste tien jaar gestegen van 10,1 procent in 2004 tot 11,1 procent in 2013. Sinds 2011 is dit percentage redelijk stabiel (afgerond 11 procent).
- GGZ: De GGZ-zorgqoute is tussen 2003 en 2009 gestegen van 0,7 procent naar 0,9 procent in, om sindsdien stabiel te blijven.

Grafiek 4.1 Uitgaven aan zorg, 2003-2013 (x 1 mln euro)



* *Voorlopige cijfers.*

Bron: CBS Statline, 2014.

Tabel 4.2a Financieringsbronnen uitgaven zorg, 2003-2013 (x 1 mln euro)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	2013*
Overheid	8.148	8.148	8.119	8.206	10.724	11.328	12.390	12.712	12.909	12.306	11.374
Sociale Verzekeringen	37.420	38.228	39.606	49.904	50.700	54.494	57.344	60.022	61.239	64.965	67.433
ZF/Zvw**	17.088	17.122	17.554	26.727	27.693	32.325	34.143	35.553	35.871	36.895	39.989
AWBZ	20.332	21.106	22.052	23.177	23.007	22.169	23.201	24.469	25.368	28.070	27.444
Particuliere		8.665	9.076	2.904	3.146	3.154	3.384	3.407	3.736	3.854	3.648
Eigen betalingen	5.513	5.849	7.241	6.896	7.237	7.913	7.870	8.191	8.544	8.728	8.536
Overige financiers	4.365	4.500	3.572	2.811	2.837	2.886	2.896	3.010	2.903	2.914	2.911
Totale uitgaven	**63.197**	**65.381**	**67.614**	**70.722**	**74.643**	**79.775**	**83.884**	**87.342**	**89.330**	**92.767**	**93.901**

* *Voorlopige cijfers.*

** *Ziekenfonds/Zorgverzekeringswet. Per 2006 is het ziekenfonds vervangen door de zorgverzekeringswet (basisverzekering).*

Bron: CBS Statline, 2014.

Tabel 4.2b Financieringsbronnen uitgaven GGZ 2003-2013 (x 1 mln euro)

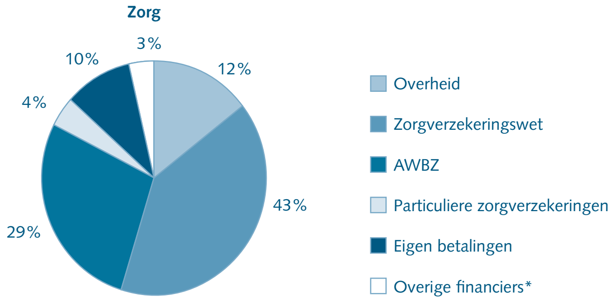
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*	2013*
Overheid	366	390	430	477	558	692	793	856	940	1.012	974
Sociale Verzekeringen	3.150	3.389	3.644	3.785	4.052	4.183	4.457	4.516	4.700	4.783	5.003
Zvw	-	-	-	-	-	2.251	2.388	2.256	2.325	2.156	2.418
AWBZ	3.150	3.389	3.644	3.785	4.052	1.933	2.070	2.261	2.375	2.627	2.585
Particuliere zorg-verzekeringen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Eigen betalingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Overige financiers	20	20	25	28	24	23	23	29	25	26	23
Totale uitgaven	**3.536**	**3.799**	**4.099**	**4.290**	**4.634**	**4.899**	**5.273**	**5.401**	**5.665**	**5.820**	**5.999**

* *Voorlopige cijfers.*

Bron: CBS Staline, 2014.

In tabel 4.2a en 4.2b wordt een overzicht gegeven van de financieringsbronnen van de uitgaven aan de zorg en de GGZ. Deze cijfers worden gevisualiseerd in diagrammen 4.2a & b.

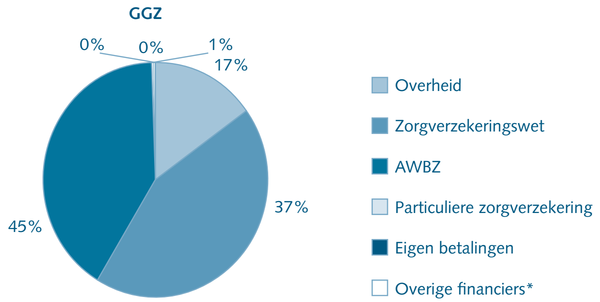
Diagram 4.2a Financieringsbronnen uitgaven zorg in 2013 (in procenten)



* *Onder 'overige financiers' verstaat het CBS bedrijven, instellingen en het buitenland.*

* *Bron: CBS.*

Diagram 4.2b Financieringsbronnen uitgaven GGZ in 2013 (in procenten)



* *Onder 'overige financiers' verstaat het CBS bedrijven, instellingen en het buitenland.*

Bron: CBS.

De belangrijkste bevindingen:

- De uitgaven aan de totale zorg en aan de GGZ stijgen over de gehele periode 2003-2013 met respectievelijk 49 procent en 70 procent. Gezien over deze gehele periode stijgen de uitgaven aan de GGZ dus relatief sneller dan de uitgaven aan de totale zorg.
- De laatste vijf jaar (2009-2013) groeide de totale zorgsector met afgerond twaalf procent en de GGZ met afgerond 14 procent waarmee de groei van de GGZ-uitgaven in de laatste vijf jaar gelijker loopt met de groei van de totale zorgsector.
- Zorg: De Zvw uitgaven stegen de laatste vijf jaar (2009-2013) met 17 procent, de AWBZ uitgaven met 18 procent.
- GGZ: De Zvw uitgaven stegen de laatste vijf jaar (2009-2013) met één procent, de AWBZ uitgaven met 25 procent.

Tabel 4.3 Afgesloten DBC's naar aantal en waarde in de curatieve GGZ in de periode 2009 – 2011

	2009	2010	2011
Aantal DBC's ambulant	671.112	691.976	673.179
Aantal DBC's klinisch	55.767	58.023	57.377
Totaal aantal DBC's	726.879	749.999	730.556
Waarde DBC's ambulant	€1.183.484.824	€1.394.167.986	€1.380.767.224
Waarde DBC's klinisch	€1.302.651.585	€1.591.251.101	€1.555.562.211
Totale waarde DBC's	**€2.486.136.409**	**€2.985.419.087**	**€2.936.329.434**

Bron: GGZ Nederland, 2014.

In tabel 4.3 worden de afgesloten DBC's naar aantal en waarde weergeven voor de jaren 2009 tot en met 2011. De waarde wordt berekend aan de hand van de gedeclareerde bedragen per DBC. De data zijn afkomstig uit DIS en hebben betrekking op de lidinstellingen van GGZ Nederland[3].

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal afgesloten ambulante DBC's is met 3 procent toegenomen tussen 2009 en 2010, om vervolgens weer met bijna 3 procent te dalen in 2011. Het aantal afgesloten klinische DBC's is met 4 procent gestegen tussen 2009 en 2010, om vervolgens met ruim 1 procent te dalen in 2011.
- De waarde van de afgesloten DBC's is tussen 2009 en 2010 met ruim 20 procent gestegen. In 2011 daalt de waarde licht (met ruim 1,5 procent).
- Hoewel het aantal afgesloten ambulante DBC's veel hoger ligt dan het aantal afgesloten klinische DBC's, is de waarde van de laatstgenoemde groep substantieel hoger.

3 Vrijgevestigde psychiaters en psychologen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) en psychiatrische universiteitsklinieken (PUK) zijn geen lid van GGZ Nederland.

Tabel 4.4a Afgesloten DBC's in het circuit Kinderen en jeugd naar verblijf en waarde in de periode 2009-2011

	2009	2010	2011
Aantal DBC's ambulant	139.823	149.326	151.482
Aantal DBC's klinisch	4.156	4.556	4.480
Totaal aantal DBC's	143.979	153.882	155.962
Waarde DBC's ambulant (in euro's)	281.494.045	341.405.115	346.369.774
Waarde DBC's klinisch (in euro's)	163.223.330	221.745.601	217.498.466
Totale waarde DBC's (in euro's)	**444.717.375**	**563.150.716**	**563.868.240**

Bron: GGZ Nederland, 2014.

Tabel 4.4b Afgesloten DBC's in het circuit Volwassenen naar verblijf en waarde in de periode 2009-2011

	2009	2010	2011
Aantal DBC's ambulant	397.925	405.142	386.485
Aantal DBC's klinisch	33.482	35.044	34.491
Totaal aantal DBC's	431.407	440.186	420.976
Waarde DBC's ambulant (in euros')	675.339.339	777.679.928	761.200.752
Waarde DBC's klinisch (in euros')	718.039.706	879.752.150	850.346.548
Totale waarde DBC's (in euros')	**1.393.379.045**	**1.657.432.078**	**1.611.547.300**

Bron: GGZ Nederland, 2014.

Tabel 4.4c Afgesloten DBC's in het circuit Ouderen naar verblijf en waarde in de periode 2009-2011

	2009	2010	2011
Aantal DBC's ambulant	70.254	71.011	69.635
Aantal DBC's klinisch	6.627	6.198	5.884
Totaal aantal DBC's	76.881	77.209	75.519
Waarde DBC's ambulant (in euros')	111.075.488	128.048.291	126.734.473
Waarde DBC's klinisch (in euros')	186.206.232	205.588.270	193.189.187
Totale waarde DBC's (in euros')	**297.281.720**	**333.636.561**	**319.923.661**

Bron: GGZ Nederland, 2014.

Tabel 4.4d Afgesloten DBC's in het circuit Verslavingszorg naar verblijf en waarde in de periode 2009-2011

	2009	2010	2011
Aantal DBC's ambulant	50.823	52.629	51.415
Aantal DBC's klinisch	11.038	11.607	11.955
Totaal aantal DBC's	61.861	64.236	63.370
Waarde DBC's ambulant (in euros')	79.292.929	98.580.360	99.487.092
Waarde DBC's klinisch (in euros')	215.856.424	256.943.577	267.694.486
Totale waarde DBC's (in euros')	**295.149.353**	**355.523.937**	**367.181.578**

Bron: GGZ Nederland, 2014.

Tabel 4.4e Afgesloten DBC's in het circuit Forensische zorg* naar verblijf en waarde in de periode 2009-2011

	2009	2010	2011
Aantal DBC's ambulant	12.287	13.868	14.162
Aantal DBC's klinisch	464	618	567
Totaal aantal DBC's	12.751	14.486	14.729
Waarde DBC's ambulant (in euros')	36.283.023	48.454.292	46.975.133
Waarde DBC's klinisch (in euros')	19.325.893	27.221.503	26.833.524
Totale waarde DBC's (in euros')	**55.608.916**	**75.675.795**	**73.808.657**

* *De cijfers in het circuit forensische zorg hebben betrekking op de niet-strafrechtelijke forensische zorg.*
Bron: GGZ Nederland, 2014.

In tabellen 4.4a t/m 4.4e worden de afgesloten DBC's naar aantal en waarde weergeven voor de verschillende circuits.

De belangrijkste bevindingen:
- Het beeld verschilt per circuit, zowel qua aantallen DBC's en hun waarde als de veranderingen die daarin al dan niet optreden tussen 2009 en 2011.
- In het circuit Volwassenen is de waarde van het totaal aantal afgesloten DBC's veruit het hoogst. Deze waarde steeg met bijna 19 procent tussen 2009 en 2010, om in 2011 licht te dalen (-2,7 procent).

Tabel 4.5 Toptien van de kostbaarste ziekten in Nederland, 2003, 2005, 2007 en 2011

	2003*		2005		2007***		2011	
	x mld euro	%	x mld euro	%	x mld euro	%	x mld euro	%
1. Hart- en vaatziekten	5,3	8,4	5,5	8,0	6,9	9,3	8,3	9,2
2. Psychische aandoeningen	5	7,9	5,6	8,1	6,8	9,1	8,0	8,9
3. Verstandelijke handicap	4,6	7,3	5,4	7,9	5,6	7,6	6,8	7,6
4. Spijsverteringsstelsel	4,6	7,3	4,6	6,7	4,9	6,6	5,6	6,2
5. Symptomen**	4,2	6,6	4,8	7,0	4,1	5,5	3,6	4,0
6. Bewegingsstelsel en bindweefsel	3,9	6,2	4,2	6,2	5,0	6,6	5,2	5,8
7. Zenuwstelsel en zintuigen	3,6	5,6	3,9	5,6	4,0	5,3	5,2	5,8
8. Dementie	3,1	4,9	3,2	4,7	3,5	4,7	4,8	5,3
9. Kanker	2,4	3,8	2,7	3,9	3,4	4,6	4,8	5,3
10. Ademhalingswegen	2,2	3,5	2,4	3,4	2,6	3,5	3,2	3,6
Overige uitgaven	24,5	38,6	26,3	38,3	27,7	37,2	33,9	38,3
Totaal	**63,4**	**100**	**68,5**	**100**	**74,5**	**100**	**89,4**	**100**

* *Niet alle cijfers over 2003 komen overeen met cijfers uit eerdere edities van 'GGZ in Tabellen'. Dit komt doordat het CBS het welzijnsdeel van de Zorgrekeningen heeft uitgebreid, onder meer met de kosten van jeugdzorg en asielopvang. Deze tabel presenteert de gecorrigeerde cijfers.*

** *Symptomen en onvolledige omschreven ziektebeelden zijn in de ICD-9 opgenomen in hoofdgroep 16. Deze hoofdgroep kent drie subgroepen: symptomen waaronder coma en hallucinaties, niet-specifieke afwijkende bevindingen zoals resultaten van laboratoriumonderzoek van bloed of urine en slecht omschreven en onbekende oorzaken van ziekte en sterfte. In de laatste subgroep vallen bijvoorbeeld dood door ouderdom en wiegendood.*

*** *De cijfers over 2007 zijn de eerste cijfers sinds de stelselwijzigingen, zoals de invoering van de basisverzekering en de functiegerichte budgettering in de ouderenzorg. Om vergelijkbaarheid met eerdere jaren te waarborgen zijn voor alle dimensies dezelfde indelingen gehanteerd als in 2003 en 2005.*

Bron: Slobbe e.a., 2006; Poos e.a., 2008; Slobbe e.a., 2011.

In tabel 4.5 wordt een overzicht gegeven van de top tien van kostbaarste ziekten in Nederland in 2003, 2005, 2007 en 2011.

Het RIVM heeft de totale uitgaven die in de gezondheidszorg zijn gedaan verdeeld over een aantal diagnosegroepen. Daarbij is gebruik gemaakt van ICD-9 (International Statistical Classification of Diseases, injuries and causes of death, 9th revision), een classificatie die alle diagnosen omvat die in de gezondheidszorg aan de orde zijn. De ICD groepeert de diagnosen in 18 diagnosegroepen. Deze 18 diagnosegroepen heeft het RIVM als uitgangspunt genomen.
In de bovenstaande tabel zijn de kosten van de diagnosegroep 'psychische stoornissen' uitgesplitst naar mensen met een verstandelijke handicap, ouderen die lijden

aan dementie en mensen met psychische aandoeningen zoals schizofrenie, depressie, angststoornissen en verslavingsproblematiek. Zorg die 'kosteloos' wordt gegeven, zoals mantelzorg, valt buiten de cijfers.

De belangrijkste bevindingen:

- Het RIVM becijfert de totale kosten van de gezondheidszorg in 2003 op €63,4 miljard. In 2005 zijn de totale kosten op €68,5 miljard becijferd (een toename van 8 procent). In 2007 zijn de kosten met 9 procent gestegen naar €74,5 miljard. In 2011 zijn de kosten met nog eens 20 procent gestegen naar 89,4 miljard.
- In alle jaren wordt de top-2 van duurste diagnosegroepen gevormd door hart- en vaatziekten en psychische aandoeningen, waarbij alleen in 2005 de groep psychische aandoeningen de koppositie had. In 2011 waren de kosten voor hart- en vaatziekten 8,3 miljard en voor psychische aandoeningen 8 miljard. In alle jaren bezet verstandelijke handicap de derde plaats van duurste diagnosegroep (6,8 miljard in 2011).
- Tussen 2007 en 2011 hebben hart- en vaatziekten en kanker met €1,4 miljard de grootste absolute kostenstijging (relatieve stijging van respectievelijk 20 en 41 procent), gevolgd door dementie (1,3 miljard; relatieve stijging van 37 procent) en de diagnosegroepen psychische aandoeningen (€1,2 miljard; relatieve stijging van 17 procent), verstandelijke handicap (€1,2 miljard; relatieve stijging van 21 procent) en zenuwstelsel en zintuigen (€1,2 miljard; relatieve stijging van 30 procent).

Tabel 4.6 Kosten in 2008 van het totale werkverzuim in Nederland door psychische en chronische somatische aandoeningen in Euro voor alle werkenden tezamen, na correctie voor comorbiditeit

	Kosten in Euro - Euro x 1.000
Enigerlei psychische of somatische aandoening[a]	**7.225.155**
Enigerlei psychische aandoening[a]	**2.696.918**
Enigerlei stemmingsstoornis[a]	*2.326.545*
Depressieve stoornis	1.817.693
Bipolaire stoornis	371.123
Dysthymie	146.625
Enigerlei angststoornis[a]	*1.063.853*
Gegeneraliseerde angststoornis	455.805
Sociale fobie	452.468
Paniekstoornis	370.358
Specifieke fobie	236.933
Agorafobie zonder paniekstoornis	74.378
Enigerlei middelenstoornis[a]	*-353.648*
Alcoholmisbruik	-1.002.930
Alcoholafhankelijkheid	85.335
Drugsmisbruik	506.753
Drugsafhankelijkheid	-18.593
ADHD	*239.003*
Enigerlei chronisch somatische aandoening[a]	**5.292720**
Chronisch somatische aandoeningen	
Chronische rugpijn	1.747.590
Aandoeningen aan de luchtwegen	1.000.943
Spijsverteringsproblemen	576.323
Diabetes	251.520
Schildklierafwijking	123.480
Aandoeningen aan het gezichtsvermogen of gehoor	78.690
Cardiovasculaire aandoeningen	67.673
Migraine	32.325
Artritis	495
Overige chronisch somatische aandoeningen	2.091.345

[a] *De kosten van hoofdgroepen van aandoeningen en van enigerlei aandoeningen zijn niet gelijk aan de optelsom van de kosten van de afzonderlijke aandoeningen, omdat de kosten van afzonderlijke aandoeningen, hoofdgroepen en enigerlei aandoeningen door middel van afzonderlijke regressieanalyses zijn bepaald. Bron: De Graaf e.a., 2011.*

Tabel 4.6 geeft een overzicht van de kosten van het totale werkverzuim door psychische en chronische somatische aandoeningen in het jaar 2008. De gegevens in deze tabel zijn gebaseerd op de tweede Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS-2), een bevolkingsonderzoek onder 18 tot 65 jarigen waarvoor data werden verzameld in de periode november 2007 tot en met juli 2009.

De belangrijkste bevindingen:

- De jaarlijkse kosten van het totale werkverzuim door psychische en chronisch somatische aandoeningen komen op €7,2 miljard. De kosten die samenhangen met werkverzuim door een chronisch somatische aandoening (willekeurig welke) bedragen €5,3 miljard en de kosten die gepaard gaan met werkverzuim door enigerlei psychische aandoening zijn €2,7 miljard.
- Onder de psychische aandoeningen leidt een depressieve stoornis tot de hoogste kosten samenhangend met werkverzuim (€1,8 miljard), gevolgd door drugsmisbruik (€507 miljoen) en een gegeneraliseerde angststoornis (€456 miljoen).
- Bij de chronisch somatische aandoeningen leidt chronische rugpijn tot de grootste kosten door werkverzuim (€1,7 miljard), gevolgd door aandoeningen aan de luchtwegen (€1 miljard) en spijsverteringsproblemen (€576 miljoen).
- Alcoholmisbruik lijkt met een verminderd aantal verzuimdagen gepaard te gaan. Dit lijkt een opmerkelijk resultaat, aangezien aandoeningen over het algemeen met meer en niet met minder verzuim samenhangen. Echter, eerder onderzoek heeft aangegeven dat alcoholmisbruik niet samenhangt met een verminderd functioneren op diverse vlakken, noch met andere psychische aandoeningen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat alcoholmisbruik, dat met name bij mensen met een jongere leeftijd voorkomt, niet zozeer als psychopathologie moet worden gezien, maar eerder als een redelijk normaal gedrag behorend bij een bepaalde fase van de jongvolwassenheid.

5 Personeel

Tabel 5.1 Aantal fte in de zorgsector en de GGZ, 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ziekenhuizen	203.546	209.170	213.458	215.315	218.369	208.987
Gehandicaptenzorg	108.317	109.826	112.202	115.472	118.993	116.766
Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg	241.433	247.509	254.473	262.248	265.367	255.841
GGZ	63.081	66.231	65.185	67.675	67.334	66.883
Totaal	**616.377**	**632.736**	**645.318**	**660.710**	**670.063**	**648.477**

Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn.

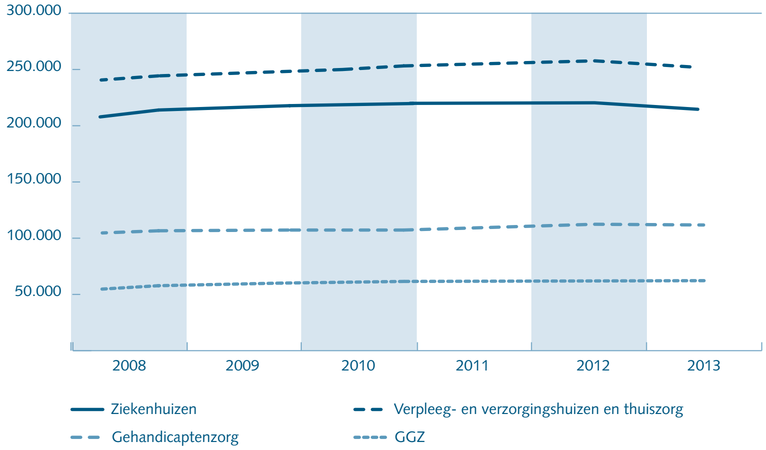
In tabel 5.1 wordt het aantal fte per zorgsector weergegeven in de periode 2008-2013. In grafiek 5.1 wordt dit gevisualiseerd.

Het aantal arbeidsplaatsen wordt uitgedrukt in fte (full-time equivalenten). De cijfers hebben betrekking op bezette arbeidsplaatsen van personeel in loondienst. Ze hebben geen betrekking op oproepkrachten, uitzendkrachten, gedetacheerd personeel en vrijwilligers. Informatie over de sectoren is afkomstig van Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl). Tot de GGZ wordt gerekend: de brede GGZ-instellingen, APZ'en, de zelfstandig gebleven RIAGG's, verslavingszorg, MKD en MKT en de RIBW's. PAAZ'en, PUK'en en de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten vallen hier niet onder.

De belangrijkste bevindingen:

- In de periode 2008-2012 neemt het aantal fte in de zorgsector toe, namelijk met afgerond 9 procent, om in 2013 met 3 procent af te nemen.
- Het merendeel van het personeel in de zorg is werkzaam in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Ook in de ziekenhuiszorg is een groot deel van het totaal aan fte ondergebracht.
- In totaal is ongeveer 10 procent van het personeel werkzaam in de GGZ in de periode 2008-2013. Het aantal fte in de GGZ is in dezelfde periode gestegen met 6 procent. In de gehandicaptenzorg groeit het aantal fte met 8 procent, en in de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg bedraagt de toename 6 procent. In de ziekenhuizen wordt een groei van ongeveer 3 procent waargenomen.

Grafiek 5.1 Aantal fte in de zorgsector en de GGZ, 2008-2013



Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn.

Tabel 5.2 Aantal werkzame personen en aantal fte in de GGZ, 2012-2013

	2012	2013
Aantal werkzame personen	86.420	85.870
Aantal fte*	64.400	64.030

* *De totalen wijken af van de cijfers die gepresenteerd zijn in Tabel 5.1. Dit kan mogelijk worden verklaard door verschillen in wijze van gegevensverzameling en gehanteerde definitie van GGZ tussen GGZ Nederland en Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn.*
Bron: GGZ Nederland.

In tabel 5.2 wordt het aantal werkzame personen in de GGZ en het aantal fte in de GGZ weergegeven in de jaren 2012 en 2013.

De belangrijkste bevinding:

- Zowel het aantal werkzame personen in de GGZ, als het aantal fte nemen met een kleine 1 procent af.

Tabel 5.3 Ziekteverzuim in de GGZ en de zorgsector, 2001-2012 (in procenten)

Ziekteverzuim	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Algemene ziekenhuizen (excl. zwang.)	6,3	5,6	5,1	4,8	4,7	4,4	4,3	4,5	4,5	4,5	4,5	4,3
Algemene ziekenhuizen (incl. zwang.)	7,7	6,9	6,3	6,1	6	5,7	5,6	5,9	5,9	5,8	-	-
Gehandicaptenzorg (excl. zwang.)	8,1	7,3	6,5	6	5,7	5,3	5,4	5,7	5,7	5,7	5,7	5,4
Gehandicaptenzorg (incl. zwang.)	9,5	8,6	7,9	7,5	7	6,8	6,9	7,3	7,3	7,3	-	-
Verpleeg- en verzorgingshuizen (excl. zwang.)*	8,3	7,4	6,5	6,1	5,8	5,4	5,4	6,3	6,2	6	6	5,8
Verpleeg- en verzorgingshuizen (incl. zwang.)*	9,8	8,8	7,8	7,4	7	6,7	6,6	7,5	7,5	7,2	-	-
Thuiszorg (excl. zwang.)**	10,1	8,5	7,6	7,1	6,5	6	6,3	-	-	-	-	-
Thuiszorg (incl. zwang.)**	11,5	9,8	8,9	8,5	7,8	7,2	7,5	-	-	-	-	-
GGZ-instellingen (excl. zwang.)	6,9	5,9	5,3	5,1	5	4,6	4,7	5,1	4,9	5,0	5,1	4,9
GGZ-instellingen (incl. zwang.)	7,9	6,7	6,2	6	5,9	5,7	5,8	6,2	6,1	6,1	-	-
Totaal excl. zwangerschapsverlof	**7,7**	**6,8**	**6,1**	**5,7**	**5,4**	**5**	**5,1**	**5,5**	**5,4**	**5,3**	**5,3**	**5,1**
Totaal incl. zwangerschapsverlof	**9,1**	**8,1**	**7,3**	**7**	**6,6**	**6,3**	**6,3**	**6,8**	**6,7**	**6,6**	**-**	**-**

* *Vanaf 2008 wordt deze categorie door Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn aangeduid als Verzorgingshuizen, Verpleeghuizen en Thuiszorg (VVT).*

** *Er worden geen aparte verzuimpercentages meer weergegeven door Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn. Deze categorie is vanaf 2008 ondergebracht in de categorie VVT.*

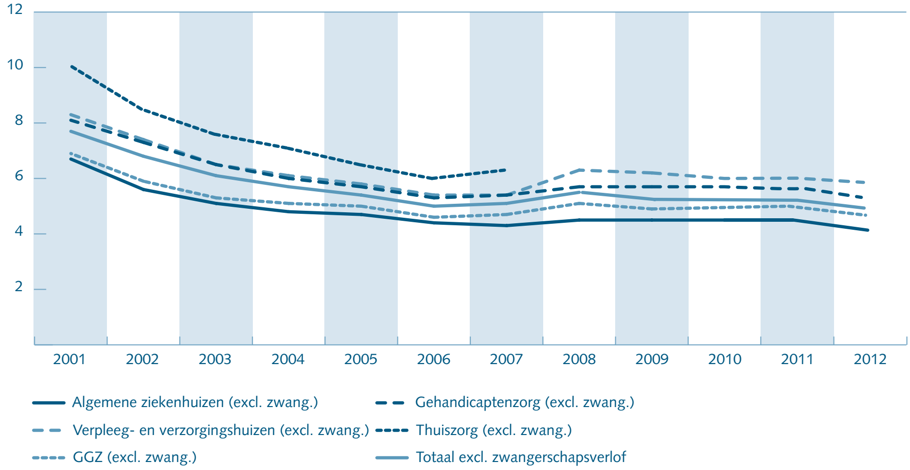
Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn.

In tabel 5.3 wordt een overzicht gegeven van het ziekteverzuim in de GGZ en de totale zorgsector. Dit wordt gevisualiseerd in de grafiek 5.3.

De belangrijkste bevindingen:

- Het ziekteverzuim is tussen 2001 en 2012 over de gehele linie afgenomen of gestabiliseerd.
- Het ziekteverzuim in de GGZ is in 2012 relatief laag in vergelijking met andere zorgsectoren, afgezien van de ziekenhuissector.
- Het ziekteverzuim (exclusief het verzuim in verband met zwangerschapsverlof) in de zorg (5,3 procent) en de GGZ (5,1 procent) is in 2011 hoger dan het landelijk gemiddelde van alle economische sectoren (4,2 procent) (niet in tabel).

Grafiek 5.3 Ziekteverzuim GGZ en zorgsector, 2001-2012 (in procenten, excl. zwangerschapsverlof)



* *Vanaf 2008 wordt deze categorie door Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn aangeduid als Verzorgingshuizen, Verpleeghuizen en Thuiszorg (VVT).*

** *Er worden geen aparte verzuimpercentages meer weergegeven door Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn. Deze categorie is vanaf 2008 ondergebracht in de categorie VVT.*

Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn.

Tabel 5.4 Percentage werknemers in de GGZ en zorgsector* met een diploma van een zorg- of agogische opleiding (2011)

	GGZ	Ghz	Zkh	V&V
Medische opleiding	9,6	5,1	19,1	5,3
Gedragswetenschappelijke opleiding	17,3	7,3	3,0	1,7
Paramedische opleiding	2,7	3,3	12,9	4,8
Medisch-assisterende of ondersteunende opleiding	1,7	1,7	19,1	2,5
Verpleegkundige opleiding	32,9	23,3	38,4	12,7
Verpleegkundige vervolgopleiding	10,6	4,5	23,4	2,7
Verzorgende/helpende	10,8	20,1	9,4	57,8
Agogische opleiding	30,3	53,9	3,6	8,5
Buiten kwalificatiestructuur**	21,5	16,6	21,8	24,0

GGZ = geestelijke gezondheidszorg, Ghz =gehandicaptenzorg, Zkh = ziekenhuis, V&V = verpleging en verzorging.

* *De branche-indeling is gebaseerd op de cao-code van de verzekeringsplichtige instelling die het UWV aantreft in de loonadministratie. Waar instellingen in meer branches actief zijn, kan deze code afwijken van de feitelijke activiteiten van de betreffende werknemer.*

** *De werknemers die een opleiding buiten de kwalificatiestructuur zorg en welzijn hebben gevolgd, zijn niet specifiek voor het werk in de sector opgeleid, maar hebben een andere, mogelijk meer algemene, opleiding gehad.*

N.B. Werknemers konden meerdere antwoorden aankruisen, waardoor de percentages per branche opgeteld de 100% overschrijden.

Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn.

In tabel 5.4 wordt het aandeel werknemers met een diploma van een zorg- of agogische opleiding uitgesplitst naar branche in 2011 weergegeven. De gegevens zijn afkomstig uit de Werknemersenquête Zorg en WJK 2011 (de Visser & Schoenmakers, 2012), die voortkomt uit het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en WJK. De respons is representatief voor de gebruikte populatie, dat wil zeggen alle in de polisadministratie van het UWV voorkomende personen in de sector Zorg en WJK in mei 2011.

De belangrijkste bevindingen:

- De top-3 van meest voorkomende opleidingen in de GGZ zijn een verpleegkundige opleiding (33 procent), een agogische opleiding (30 procent) en een gedragswetenschappelijke opleiding (17 procent).
- In vergelijking met de andere branches ligt in de GGZ het percentage gedragswetenschappers (psychologen, psychotherapeuten) relatief het hoogst.
- In de ziekenhuissector is het percentage werknemers met een medische, paramedische, medisch-assisterende, verpleegkundige of verpleegkundige vervolgopleiding het hoogst.
- Agogisch opgeleiden zijn met name werkzaam in de gehandicaptenzorg en GGZ.
- Werknemers met een verzorgende of helpende opleiding zijn vooral in de branche verpleging en verzorging actief.

Tabel 5.5 Door verpleegkundigen werkzaam in de GGZ en zorgsector* gevolgde opleiding(en) in 2011 (in percentages)**

	GGZ	Ghz	Zkh	V&V
	n = 275	n = 319	n = 940	n = 147
Kwalificatieniveau 3 (verzorgende)	1	6	4	10
Kwalificatieniveau 4 (MBO)	104	98	93	74
Kwalificatieniveau 5 (HBO)	32	8	30	24
Andere verpleegkundige opleiding	15	8	16	13

Ghz = gehandicaptenzorg, GGZ = geestelijke gezondheidszorg, Zkh = ziekenhuis, V&V = verpleging en verzorging.

* *De branche-indeling is gebaseerd op de cao-code van de verzekeringsplichtige instelling die het UWV aantreft in de loonadministratie. Waar instellingen in meer branches actief zijn, kan deze code afwijken van de feitelijke activiteiten van de betreffende werknemer.*

** *Onder kwalificatieniveau 3 is de oude opleiding 'MDGO-VP lang' meegenomen; onder kwalificatieniveau 4 zijn de oude opleidingen MBO-V en de inservice opleidingen A, B, Z meegenomen.*

N.B. Werknemers konden meerdere antwoorden aankruisen, waardoor percentages de 100% kunnen overschrijden.

Bron: Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn.

In tabel 5.5 zijn de gevolgde opleidingen door verpleegkundigen in de GGZ en zorgsector in 2011 weergegeven. De gegevens zijn afkomstig uit de Werknemersenquête Zorg en WJK 2011 (de Visser & Schoenmakers, 2012), die voortkomt uit het onderzoekspro- gramma Arbeidsmarkt Zorg en WJK. De respons is representatief voor de gebruikte populatie, dat wil zeggen alle in de polisadministratie van het UWV voorkomende personen in de sector Zorg en WJK in mei 2011.

De belangrijkste bevindingen:

- In alle branches heeft het merendeel van de verpleegkundigen kwalificatieniveau 4.
- In de branches GGZ en Ziekenhuis werken relatief de meeste verpleegkundigen met een HBO-opleiding.

Tabel 5.6 Positie in de werkkring en werkzaamheid binnen de GGZ van psychiaters in de periode 2005-2012 (in percentages)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
	n = 2.385	n = 2.475	n = 2.585	n = 2.660	n = 2.665	n = 2.790	n = 2.890	n = 3.005
Positie in de werkkring								
Werknemer	45,5	45,3	45,5	47,6	50,1	51,6	51,4	50,9
Zelfstandige	17,2	18,0	17,4	16,2	16,1	16,7	17,6	18,3
Werknemer en zelfstandige	33,1	31,9	31,3	30,3	30,4	28,9	29,6	28,0
Niet werkzaam**	4,4	5,0	5,8	6,0	3,4	2,9	2,2	2,8
Werkzaam in de GGZ	65,6	65,5	63,8	67,7	71,5	64,7	72,1	72,5

* *Voorlopige cijfers.*

** *Persoon heeft op het peilmoment geen formeel bekende betaalde arbeidsbetrekking in loondienst of als zelfstandige.*

Bron: CBS Statline.

Tabel 5.6 geeft een overzicht van het aantal psychiaters zoals geregistreerd in het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Daarnaast is weergegeven of deze medisch geschoolden wel of niet werkzaam zijn en welke positie zij hebben in de werkkring (werknemer, zelfstandige of beide). Tot slot is aangegeven hoeveel van hen werkzaam zijn in de sector GGZ. De psychiaters die niet werkzaam zijn in de GGZ zijn werkzaam in andere sectoren, zoals: ziekenhuis, gehandicaptenzorg, huisartszorg en verpleging, verzorging en thuiszorg.

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal psychiaters neemt in de periode 2005-2012 jaarlijks toe.
- Het percentage psychiaters dat alleen werkzaam is in loondienst neemt in de periode 2006-2012 toe van 46 procent naar 51 procent. Het percentage psychiaters dat alleen als zelfstandige werkt neemt in dezelfde periode toe met een procent. Het percentage psychiaters dat in loondienst werkt, maar ook als zelfstandige, neemt af van 33 procent in 2005 naar 28 procent in 2012.
- Vanaf 2007 neemt het percentage psychiaters dat werkzaam is in de GGZ toe van 64 procent naar 72 procent in 2009, om in 2010 weer te dalen naar het niveau van 2007. In 2011 en 2012 is het percentage weer gestegen naar 72 procent.

Tabel 5.7 Positie in de werkkring en werkzaamheid binnen de GGZ van psychotherapeuten in de periode 2005-2012 (in percentages)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
	n = 5.845	n = 5.825	n = 5.800	n = 5.840	n = 5.855	n = 5.910	n = 5.985	n = 6.090
Positie in de werkkring								
Werknemer	34,4	33,1	31,3	29,8	28,7	28,0	27,5	26,4
Zelfstandige	24,4	26,2	26,9	27,5	28,2	29,7	30,4	31,3
Werknemer en zelfstandige	31,4	30,0	29,0	28,4	27,8	26,1	25,6	24,9
Niet werkzaam**	9,8	10,7	12,8	14,2	15,3	16,2	16,5	17,5
Werkzaam in de GGZ	53,2	52,7	60,9	61,5	61,7	56,3	61,0	60,6

* *Voorlopige cijfers.*

** *Persoon heeft op het peilmoment geen formeel bekende betaalde arbeidsbetrekking in loondienst of als zelfstandige.*

Bron: CBS Statline.

Tabel 5.7 geeft een overzicht van het aantal psychotherapeuten die geregistreerd staan in het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Daarnaast is weergegeven of deze beroepsbeoefenaren wel of niet werkzaam zijn en welke positie zij hebben in de werkkring (werknemer, zelfstandige of beide). Tot slot is aangegeven hoeveel van hen werkzaam zijn in de sector GGZ. De psychotherapeuten die niet werkzaam zijn in de GGZ zijn werkzaam in andere sectoren, zoals: ziekenhuis, gehandicaptenzorg, huisartszorg en verpleging, verzorging en thuiszorg. Een deel van de psychotherapeuten is in de periode 2005-2012 tevens geregistreerd als psychiater (25-29 procent) of GZ-psycholoog (21-49 procent).

De belangrijkste bevindingen:

- Tussen 2005 en 2007 daalt het aantal psychotherapeuten licht, om vervolgens tot en met 2012 weer te stijgen.
- Het percentage psychotherapeuten dat alleen in loondienst werkt is in de periode 2005-2012 gedaald van 34 procent naar 26 procent. Het percentage dat alleen als zelfstandige werkt is in deze periode toegenomen van 24 procent naar 31 procent. Het percentage psychotherapeuten dat niet werkzaam is, is tussen 2005 en 2012 toegenomen van 10 procent naar ruim 17 procent.
- Het percentage psychotherapeuten dat werkzaam is in de GGZ loopt op van 53 procent in 2005 naar 62 procent in 2009, om vervolgens in 2010 weer te dalen naar 56 procent. In de jaren daarna stijgt het percentage weer naar 61 procent.

Tabel 5.8 Positie in de werkkring en werkzaamheid binnen de GGZ van GZ-psychologen in de periode 2005-2012 (in percentages)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
	n = 10.655	n = 10.980	n = 11.310	n = 11.740	n = 12.235	n = 12.815	n = 13.540	n = 14.245
Positie in de werkkring								
Werknemer	51,5	50,4	49,5	48,2	46,8	47,0	46,9	47,1
Zelfstandige	20,4	21,4	21,6	22,2	22,8	23,2	23,4	23,1
Werknemer en zelfstandige	22,6	21,6	21,1	21,2	21,5	20,3	19,8	19,1
Niet werkzaam**	5,6	6,6	7,8	8,4	8,9	9,4	9,9	10,7
Werkzaam in de GGZ	31,6	33,4	44,7	46,8	48,4	45,3	50,1	50,1

* *Voorlopige cijfers.*

** *Persoon heeft op het peilmoment geen formeel bekende betaalde arbeidsbetrekking in loondienst of als zelfstandige.*

Bron: CBS Statline.

Tabel 5.8 geeft een overzicht van het aantal GZ-psychologen die geregistreerd staan in het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Daarnaast is weergegeven of deze beroepsbeoefenaren wel of niet werkzaam zijn en welke positie zij hebben in de werkkring (werknemer, zelfstandige of beide). Tot slot is aangegeven hoeveel van hen werkzaam zijn in de sector GGZ. De GZ-psychologen die niet werkzaam zijn in de GGZ zijn werkzaam in andere sectoren, zoals: ziekenhuis, gehandicaptenzorg, huisartszorg en verpleging, verzorging en thuiszorg.

De belangrijkste bevindingen:

- Het aantal GZ-psychologen neemt in de periode 2005-2012 jaarlijks toe.
- Het percentage GZ-psychologen dat alleen werkzaam is in loondienst neemt in de periode 2005-2012 af van 52 procent naar 47 procent. Het percentage GZ-psychologen dat alleen als zelfstandige werkt neemt in deze periode iets toe van 20 procent naar 23 procent. Het percentage GZ-psychologen dat niet werkzaam is, neemt in de periode 2005-2012 toe van 6 procent naar 11 procent.
- Het percentage GZ-psychologen dat werkzaam is in de GGZ is tussen 2005 en 2009 gestegen van 32 procent naar 48 procent, om vervolgens in 2010 weer licht te dalen naar 45 procent. In 2011 en 2012 is het percentage weer toegenomen tot 50 procent.

Tabel 5.9 Aantal eerstelijnspsychologen (lid LVE), per provincie (2006-2013)

	2006		2007		2008		2009		2010	
	Aantal	*Per 100.000 inwoners*	*Aantal*	*Per 100.000 inwoners*	*Aantal*	*Per 100.000 inwoners*	*Aantal*	*Per 100.000 inwoners*	*Aantal*	*Per 100.000 inwoners*
Groningen	42	7,3	39	6,8	41	7,1	38	6,6	37	6,4
Friesland	37	5,7	37	5,8	34	5,3	31	4,8	31	4,8
Drenthe	26	5,3	33	6,8	33	6,7	33	6,7	29	5,9
Overijssel	63	5,6	57	5,1	52	4,6	52	4,6	51	4,5
Gelderland	146	7,4	155	7,8	154	7,7	152	7,6	146	7,3
Flevoland	34	9,1	28	7,5	29	7,6	25	6,4	26	6,6
Utrecht	88	7,4	96	8,1	102	8,4	98	8,2	100	8,1
Noord-Holland	238	9,1	237	9,1	234	8,8	229	8,6	222	8,2
Zuid-Holland	157	4,5	150	4,3	175	5	164	4,7	156	4,4
Zeeland	17	4,5	17	4,5	18	4,7	18	4,7	16	4,2
Noord-Brabant	175	7,2	169	7	168	6,9	160	6,5	156	6,4
Limburg	45	4	47	4,1	47	4,2	50	4,5	46	4,1
Heel Nederland	**1.068**	**6,5**	**1.065**	**6,5**	**1.087**	**6,6**	**1.050**	**6,4**	**1.016**	**6,1**

	2011		2012		2013	
	Aantal	*Per 100.000 inwoners*	*Aantal*	*Per 100.000 inwoners*	*Aantal*	*Per 100.000 inwoners*
Groningen	36	6,2	38	6,5	40	6,9
Friesland	30	4,6	29	4,5	28	4,3
Drenthe	23	4,7	23	4,7	18	3,7
Overijssel	46	4	40	3,5	45	3,9
Gelderland	139	6,9	138	6,9	139	6,9
Flevoland	24	6,1	27	6,8	26	6,5
Utrecht	93	7,5	86	6,9	82	6,5
Noord-Holland	184	6,8	172	6,3	170	6,2
Zuid-Holland	138	3,9	137	3,9	145	4,1
Zeeland	12	3,1	12	3,1	9	2,4
Noord-Brabant	134	5,4	141	5,7	141	5,7
Limburg	42	3,7	37	3,3	37	3,3
Heel Nederland	**901**	**5,4**	**880**	**5,3**	**880**	**5,2**

Bron: Jaarberichten LVE (2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013).

In tabel 5.9 wordt per provincie het aantal psychologen weergegeven dat werkzaam is in de eerste lijn en lid is van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen in de periode 2006-2013. Circa 70 procent van alle psychologen die in Nederland werkzaam zijn in de eerste lijn zijn lid van deze beroepsvereniging (LVE, 2013).
Tevens wordt in tabel 5.11 een overzicht geboden van het aantal beschikbare eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners.

De belangrijkste bevindingen:

- Het totaal aantal eerstelijnspsychologen dat lid is van de LVE is tussen 2006 en 2008 vrijwel stabiel. Vanaf 2009 tot 2012 is een constante daling zichtbaar. Deze daling is ook te zien in het relatieve aantal LVE-leden (per 100.000 inwoners). Tussen 2012 en 2013 blijft het absolute aantal leden stabiel, terwijl het relatieve aantal nog licht daalt.
- In de provincies Groningen, Gelderland, Utrecht en Flevoland zijn in 2013 relatief de meeste eerstelijnspsychologen per inwoneraantal met een lidmaatschap van de LVE werkzaam.

Tabel 5.10 Aantal POH's-GGZ en hun achtergrondkenmerken in de periode 2009-2013

	Per 1-11 2009	Per 1-11 2010	Per 1-11 2011	Per 1-11 2011	Per 1-11 2012	Per 1-4 2013
	n = 139	n = 318	n = 568	n = 568	n = 761	n = 961
Gemiddeld aantal uur per week werkzaam in functie van POH-GGZ	-*	13	15	15	15	15
Huisartsen die gebruik maken van een POH-GGZ (%)	11	21	34	34	43	47
Beroepsmatige achtergrond (%):						
SPV	39	70	63	63	66	61
AMW	10	9	7	7	6	8
HBO V/B-verpleegkundige	12	4	6	6	2	8
HBO-psychologie	0	2	2	2	6	2
Universitair psychologie	22	11	8	8	10	12
Overig/niet bekend	18	4	15	15	10	11

SPV = Sociaal psychiatrisch verpleegkundige, AMW = Algemeen Maatschappelijk Werk.

* *Pas na de eerste peildatum zijn deze gegevens verzameld.*

Bron: ROS-netwerk.

Tabel 5.10 geeft het aantal praktijkondersteuners huisartsen GGZ (POH's-GGZ) weer in de periode 2009-april 2013, ingezet met financiering vanuit de POH-GGZ module. Daarnaast is het aantal uur dat zij gemiddeld per week werkzaam zijn in deze functie weergegeven, evenals het percentage huisartsen dat gebruik maakt van een POH-GGZ en de beroepsmatige achtergrond van de POH-GGZ. De gegevens zijn afkomstig van het ROS-netwerk (netwerk van Regionale Ondersteu- ningsstructuren).

De belangrijkste bevindingen:
- In de periode 2009-april 2013 is het aantal POH's-GGZ verzevenvoudigd.
- Voor het merendeel van de POH's-GGZ is deze functie geen fulltime betrekking.
- Het percentage huisartsen dat gebruik maakt van een POH-GGZ is tussen 2009 en april 2013 verviervoudigd.
- Het merendeel van de POH-GGZ heeft een achtergrond als sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Situatie maart 2014 (Bron: NIVEL Zorgregistraties) [4]

- Bij 85% van de huisartsenpraktijken is ten minste één POH-GGZ werkzaam.
- Beroepsmatige achtergrond van de POH-GGZ:
  - SPV (61%)
  - Psycholoog (18%)
  - AMW (12%)
  - Anders (9%)
- Dienstverband van de POH-GGZ:
  - Gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling (37%)
  - In dienst van de huisartsenpraktijk/het gezondheidscentrum (25%)
  - Gedetacheerd vanuit een zorggroep (17%)
  - Gedetacheerd vanuit een andere organisatie (bv. AMW of een stichting) (14%)
  - Anders (meestal ZZP-er of freelancer) (7%)

4 Op basis van een enquête onder alle huisartsenpraktijken van NIVEL Zorgregistraties (respons 70%; 272 praktijken).

Geraadpleegde Bronnen

Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn. (werkgelegenheid per branche). www.azwinfo.nl/index.cfm/1,208,0,0,html/Nw_Werkgelegenheid

Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn. (verzuim per branche). www.azwinfo.nl/index.cfm/1,206,0,0,html/Nw_Verzuim

Argus (2014). Landelijke kerncijfers vrijheidsbeperkende interventies 2013 (persoonlijke communicatie).

CBS Statline (2014). (primaire diagnose en geslacht). http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81549ned&D1=4&D2=a&D3=0&D4=0&D5=0-1,27,32-33,52,63,75,86,92-94,98,102-103,107,114,126,l&D6=a&HDR=G3,G2,T,G1&STB=G5,G4&VW=T

CBS Statline http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81621ned&D1=4&D2=0&D3=0&D4=3-4&D5=0-1,27,32-33,52,63,75,86,92-94,98,102-103,107,114,126,l&D6=a&HDR=G1,G2,T,G4&STB=G5,G3&VW=T

CBS Statline (2014). (zelfdodingen). http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4204-wm.htm

CBS Statline (2013). (uitgaven aan zorg en financieringsbronnen). http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71914NED&D1=0-23,37-45&D2=9-l&HD=101210-0925&HDR=G1&STB=T

CBS Statline, 2013. (positie in de werkkring en werkzaamheid van psychiaters, psychotherapeuten en GZ-psychologen). http://statline.cbs.nl/StatWeb/publicat ion/?DM=SLNL&PA=81551NED&D1=0-2,4,9-14,19-22&D2=0&D3=0&D4=27- 28,49,56&D5=10-13&HDR=T&STB=G1,G2,G3,G4&VW=T

Zorginstituut Nederland (2014). GIPdatabank. www.gipdatabank.nl

De Graaf, R., Ten Have, M. & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten.* Utrecht: Trimbos-instituut.

De Graaf, R., Tuithof, M., van Dorsselaer, S. & ten Have, M. (2011). *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden.* Utrecht: Trimbos-instituut.

De Graaf, R., ten Have, M., Tuithof, M. & van Dorsselaer, S. (2012). *Incidentie van psychische aandoeningen. Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2.* Utrecht: Trimbos-instituut.

De Visser, S. & Schoenmakers, F. (2012). *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en WJK. Werknemersenquête Zorg en WJK 2011*. Zoetermeer: Panteia.

Dienst Justitiële Inrichtingen. (2005). *TBS in getal.* Den Haag: DJI.
Dienst Justitiële Inrichtingen. (2008). *TBS in getal 2008.* Den Haag: DJI.
Dienst Justitiële Inrichtingen. (2010). *TBS in getal 2010.* Den Haag: DJI.
Dienst Justitiële Inrichtingen. (2011). *Forensische zorg in getal 2007-2011.* Den Haag: DJI.
Dienst Justitiële Inrichtingen. (2014). *Forensische Zorg in getal 2009-2013.* Den Haag: DJI.
Federatie Opvang (2013). *Beeld van de Opvang. Feiten en cijfers 2011.* Amersfoort: Federatie Opvang.
GGZ Nederland (2014). *Sectorrapport GGZ 2012. Feiten en cijfers over een sector in beweging.* Amersfoort: GGZ Nederland.
Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T.S., Angermeyer, M.C., Haro, J.M. &
Sevilla-Dedieu, C. (2007). *Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. Psychiatric Services,* 58: 213-220.
Kessler & Üstün (2008). *The WHO World Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders.* New York: Cambridge University Press.
Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2007). *Jaarbericht 2006*. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2008). *Jaarbericht 2007.* Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2009). *Jaarbericht 2008.* Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2010). *Jaarbericht 2009.* Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2011). *Jaarbericht 2010.* Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2012). *Jaarbericht 2011.* Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2013). *Jaarbericht 2012.* Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (2014). *Jaarbericht 2013.* Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009) *factsheet vergoeding benzodiazepinen.* Den Haag, Ministerie van volksgezondheid Welzijn en Sport.
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009). *Kamerbrief 'Voortgangsrapportage maatschappelijke opvang 2008'.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2012). *Wetswijziging dwang in de zorg.* http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg/ wetswijziging-dwang-in-de-zorg (4 september 2012).
Nederlandse Zorgautoriteit (2014). *NZa Marktscan en beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg. Deel A: Betaalbaarheid en wachttijden 2009-2014.* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit
Planije, M. & Rensen, P. (2008). *Voorlopige Monitor Maatschappelijke Opvang. Jaarbericht 2006.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Poos, M.J.J.C., Smit, J.M., Groen, J., Kommer, G.J. & Slobbe, L.C.J. (2008). *Kosten van Ziekten in Nederland 2005.* Zorg voor euro's – 8. Bilthoven: RIVM/CBS.

Poos, M.J.J.C., Gool C.H. van, Gommer, A.M. (2014). Verloren levensjaren, ziekte en ziektelast voor een selectie van ziekten. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM, 2014. http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/verloren-levensjaren-ziekte-en-ziektelast-voor-56-geselecteerde-aandoeningen/

RIVM (2013). *Kosten van Ziekten 2011.* Bilthoven: RIVM. http://www. kostenvan-ziekten.nl versie 1.3. (26 november 2013).

Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) (2009). Benzo's grotendeels voor eigen rekening. *Pharmaceutisch Weekblad, 144 (9).*

Slobbe, L.C.J., Kommer, G.J., Smit, J.M., Groen, J., Meerding, W.J. & Polder, J.J. (2006). *Kosten van Ziekten in Nederland 2003. Zorg voor euro's 1.* Bilthoven: RIVM.

Slobbe, L.C.J., Smit, J.M., Groen, J., Poos, M.J.J.C. & Kommer, G.J. (2011). *Kosten van Ziekten in Nederland 2007. Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999- 2010.* Bilthoven: RIVM.

Stirbu-Wagner, I., Dorsman, S.A., Visscher, S., Davids, R., Gravestein, J.V., Abrahamse, H., Van Althuis, T., Jansen, B., Schlief, A., Tiersma, W., Walk, C., Wentink, E., Wennekes, L., Braspenning, J. & Korevaar, J.C. *Landelijk Informatienetwerk Huis-artsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland.* Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ Healthcare, 2010.

Ten Have, M., De Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V. & Alonso, J. (2010) Attituden aangaande zoeken van professionele hulp voor psychische problemen en werkelijk hulpzoekgedrag: verschillen in Europa. *Tijdschrift voor Psychiatrie,* 52: 205-217.

Ten Have, M., Dorsselaer, S. van & de Graaf, R (2012). *Tijd tussen het ontstaan van een psychische aandoening en het eerste zorgcontact.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Tuynman, M. & Planije, M. (2011). *Monitor Maatschappelijke Opvang. Jaarbericht 2010. Vraag- en aanbodgegevens van de maatschappelijke en vrouwenopvang in 2009.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Van der Lucht, F & Polder, J.J. (2010). Van gezond naar beter: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

Vollebergh, W., De Graaf, R., Ten Have, M., Schoemaker, C.G., Van Dorsselaer, S., Spijker, J. & Beekman, A.T.F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS.* Utrecht: Trimbos-instituut.

VWS (2011). *Factsheet maatregelen curatieve GGZ.* http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2011/12/08/factsheet-maatregelen-curatieve-ggz.html (september 2013).

Afkortingen

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AGZ	Algemene Gezondheidszorg
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
ATC	Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatie
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBP	Bruto Binnenlands Product
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet)
BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (wet)
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DALY	Disability Adjusted Life Years
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DDD	Defined Daily Dose
DIS	DBC-Informatiesysteem
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
FPA	Forensisch-psychiatrische afdeling
FPK	Forensisch-psychiatrische kliniek
FTE	Fulltime Equivalent
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
Ghz	Gehandicaptenzorg
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
GZ	Gezondheidszorg
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
IBS	Inbewaringstelling
ICD	International Statistical Classification of Diseases, injuries and causes of death
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVZ	Stichting Informatie Voorziening Zorg
KIB	Kliniek voor Intensieve Behandeling
KJP	Kinder- en Jeugd Praktijk

LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LVE	Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
MMO	Monitor Maatschappelijke Opvang
MKD	Medisch Kinderdagverblijf
MKT	Medisch Kindertehuis
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NIVEL	Nederlands instituut onderzoek van de gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
ODD	Oppositional Defiant Disorder
PAAZ	Psychiatrische afdeling van algemeen ziekenhuis
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
PUK	Psychiatrische Universiteitskliniek
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur
RM	Rechterlijke Machtiging
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
SSRI	Specifieke serotinine-heropnameremmer
TBS	Terbeschikkingstelling
TCA	Tricyclisch Antidepressivum
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
V&V	Verpleging en verzorging
VVT	Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg
WHO	World Health Organization
WMH	World Mental Health
WJK	Welzijn en maatschappelijke dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang
Zkh	Ziekenhuis
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Trimbos instituut



In dit handzame en informatieve naslagwerk zijn de belangrijkste cijfers over de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (inclusief verslavingszorg en maatschappelijke opvang) gebundeld. Voor een ieder die snel inzicht in deze cijfers wil hebben, voorziet dit boekje ongetwijfeld in een grote behoefte. De gegevens zijn verzameld in 2014 en de meest recent beschikbare cijfers zijn opgenomen.

In dit naslagwerk komen aan de hand van tabellen en grafieken met begeleidende teksten, verdeeld over vijf hoofdstukken, achtereenvolgens cijfers over de volgende aspecten van de GGZ aan bod:

- Het vóórkomen en de ziektelast van psychische stoornissen.
- Toegang en zorggebruik.
- Zorgaanbod: capaciteit en productie.
- Kosten en financiering.
- Personeel.

www.trimbos.nl

ISBN 978-90-5253-759-7